Santé Canada Health Canada

RECENSION DE LA DOCUMENTATION

Traitement d'entretien à la méthadone

Canada

103-05870/

Recension de la documentation
Traitement d'entretien à la méthadone

Bureau de la Stratégie canadienne antidrogue
Santé Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Also available in English under the title :
Literature Review – Methadone Maintenance Treatment

On peut obtenir, sur demande, la présente publication
(sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore ou en braille).

Cette publication est disponible sur Internet à l'adresse suivante : www.cds-sca.com

Les opinions exprimées dans le présent document sont celles de l'auteur et
ne reflètent pas nécessairement les vues officielles de Santé Canada.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires du présent document, prière de s'adresser aux :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Tél. : (613) 954-5995
Téléc. : (613) 941-5366

© Ministre, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002
Cat. H49-162/2002F
ISBN 0-662-86669-X

Remerciements

Le présent document a été élaboré au nom du Bureau de la Stratégie canadienne antidrogue de Santé Canada. L'équipe de chercheuses et chercheurs comprenait Mme Bruna Brands, Ph. D., Centre de toxicomanie et de santé mentale; M. David Marsh, Ph. D, Centre de toxicomanie et de santé mentale; Mme Liz Hart, Jamieson, Beals, Lalonde & Associates Inc.; Mme Wanda Jamieson, Jamieson, Beals, Lalonde & Associates Inc.

Le projet fut réalisé sous la direction du groupe de travail fédéral, provincial et territorial sur les meilleures pratiques en matière de traitement d'entretien à la méthadone. L'équipe chargée de l'étude tient à exprimer sa reconnaissance pour les contributions des membres du groupe de travail suivants : M. Shaun Black, Nova Scotia Pharmacology Programs et Drug Dependency Services; Mme Anne Bowlby, ministère de la Santé de l'Ontario; Mme Fiona Crisp, British Columbia Ministry for Children and Families; Mme Sandy Goodwin, Nova Scotia Department of Health; Mme Miki Hansen, British Columbia Ministry for Children and Families; Mme Paddy Meade, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission; M. Brian Wilbur, Nova Scotia Department of Health.

Les auteurs désirent remercier les nombreuses personnes qui ont contribué à l'élaboration du présent, document, y compris toutes celles qui ont contribué leurs connaissances spécialisées et le fruit de leur expérience au vaste processus de consultation.

Table des matières

Partie 1 : Introduction 1
1.1 Méthodologie 3

Partie 2 : Efficacité du TEM 6
2.1 Preuves d'efficacité 6
2.2 Rentabilité du TEM 16

Partie 3 : Facteurs qui influencent l'efficacité du TEM 18
3.1 Facteurs individuels 18
3.2 Facteurs liés au programme 22

Partie 4 : Facteurs liés à l'élaboration et à la conception de programmes . . . 31
4.1 L'accent mis sur la rétention 31
4.2 Une approchée axée sur les client(e)s ou patient(e)s 31
4.3 Des services complets intégrés 32

Partie 5 : Politiques du programme 35
5.1 Critères d'admissibilité 35
5.2 Évaluation 36
5.3 Dosage 38
5.4 Durée du traitement 43
5.5 L'analyse d'urine et la surveillance de l'utilisation de drogues en cours de traitement 44
5.6 Le sevrage graduel de la méthadone 48

Partie 6 : Le milieu et l'équipe responsable du programme 51
6.1 La formation 51
6.2 Le milieu dans lequel le programme est présenté 52

Partie 7 : Facteurs particuliers 54
7.1 Le TEM et les polytoxicomanes 54
7.2 Le TEM et les femmes 61
7.3 Le TEM et les femmes enceintes 66
7.4 Le TEM et les troubles médicaux concomitants 70
7.5 Le TEM et la prévention et le traitement de l'hépatite C 73
7.6 Le TEM et la prévention et le traitement du VIH 76
7.7 Le TEM et les troubles mentaux 78
7.8 Le TEM dans les établissements correctionnels 82

Partie 8 : Recherche et évaluation 86

Partie 9 : Conclusions 88

Liste de références 89

Partie 1 : Introduction

Le traitement d'entretien à la méthadone (TEM) fut d'abord adopté il y a presque quarante ans pour traiter les symptômes de sevrage des personnes souffrant de dépendance aux opiacés. De nos jours, dans de nombreuses régions du monde, le TEM est largement reconnu comme un élément clef d'une stratégie complète de prévention et de traitement de la dépendance aux opiacés[1]. Au moment du présent rapport, la méthadone reste encore le seul opioïde autorisé au Canada pour le traitement pharmacologique ambulatoire à long terme de la dépendance aux opiacés.

Au Canada, comme dans beaucoup d'autres pays, il existe un cadre réglementaire au palier national pour la prescription de la méthadone. Le Bureau des substances désignées de Santé Canada collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi que les organismes de réglementaiton médicale, afin d'accroître l'accès au traitement d'entretien à la méthadone. Jusqu'ici, plusieurs provinces ont mis au point, ou sont en train de la faire, des lignes directrices et une formation destinées aux praticiens intéressés à assurer un traitement d'entretien à la méthadone. Bien que les provinces se soient de plus en plus engagées dans le travail de définition des conditions dans lesquelles les médecins sont autorisés à prescrire la méthadone, la méthadone ne peut être prescrite que par les médecins qui ont reçu une exemption en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*.

---

1 Les documents passés en revue pour le présent rapport mettaient surtout l'accent sur l'injection des opioïdes, principalement l'héroïne. Certains client(e)s ou patient(e)s qui reçoivent un traitement d'entretien à la méthadone sont dépendant(e)s d'opioïdes administrés autrement, par exemple des opioïdes comme la morphine ou le Dilaudid® (hydromorphone) pris oralement. D'autres peuvent fumer ou renifler l'héroïne. Bien qu'on n'ait pas trouvé, dans le cadre de la présente étude, d'estimation du nombre de personnes dépendantes aux opioïdes administrés autrement que par injection, un peu d'information existe concernant l'usage des opioïdes obtenus sur ordonnance. L'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 a trouvé que 4,7 p. 100 des Canadiennes et des Canadiens de 15 ans ou plus ont reconnu avoir utilisé un analgésique opioïde (codéine, Demerol® ou morphine) pendant le mois précédant l'enquête (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Centre de toxicomanie et de santé mentale, 1999, 117). La méthadone elle-même est un agoniste opioïde synthétique à action prolongée, prescrite à titre de traitement de la dépendance aux opiacés. Le traitement d'entretien à la méthadone est une forme de traitement appropriée de la dépendance aux opiacés, quel que soit le mode d'administration (orale ou injection).

Santé Canada, en collaboration avec les provinces et territoires, participe à des efforts visant à accroître l'accès à des programmes efficaces d'entretien à la méthadone[2]. Une partie de ce travail comprend la préparation de deux rapports : la présente recension de la documentation, qui a pour but d'examiner les connaissances portant sur l'efficacité du traitement d'entretien à la méthadone, et un document décrivant les meilleures pratiques en matière de conception et de prestation de traitements d'entretien à la méthadone (Santé Canada, 2002a). Également, une brochure décrivant le traitement d'entretien à la méthadone (Santé Canada, 2002b), vient compléter les deux documents portant sur les meilleures pratiques. Tous ces documents apportent une contribution au processus continu d'accroissement des connaissances et d'éducation destinées aux responsables de l'établissement des politiques et aux professionnels de la santé et des services sociaux s'occupant de la question de la dépendance aux opiacés[3].

L'objectif de cette recension de la documentation est d'offrir un survol des preuves de l'efficacité du traitement d'entretien à la méthadone. Elle met l'accent sur ce qui est connu au sujet de l'efficacité générale du TEM, ainsi que sur les facteurs qui influencent cette efficacité, notamment :

- facteurs individuels et facteurs relatifs au programme;
- élaboration et conception de programmes;
- politiques du programme;
- milieu et équipe responsable du programme.

Il y a peu de preuves empiriques publiées au sujet des facteurs pertinents des programmes de TEM susceptibles d'en accroître l'efficacité par rapport à des populations, des conditions et des milieux particuliers. Nous avons inclus des textes courants traitant de façon spécifique du TEM et de polytoxicomanie, des femmes, de la grossesse, des états de comorbidité, de la prévention et du traitement de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des troubles mentaux et du TEM en milieu correctionnel.

---

2 Dans le cadre du présent document, un programme de traitement d'entretien à la méthadone comprend la suite complète de modes d'administration et de collectivités, à partir des médecins en pratique privée qui prescrivent la méthadone à leurs patient(e)s, jusqu'aux centres de services polyvalents qui assurent toute une gamme de services et de soutiens, y compris le traitement d'entretien à la méthadone, d'autres types de traitement et de réadaptation des alcooliques et des toxicomanes, des services de santé mentale et des services médicaux.

3 Étant donné la grande diversité des praticiens et des secteurs assurant des TEM au Canada, le présent document utilise l'expression « client(e)s ou patient(e)s » plutôt que soit « client(e)s » ou « patient(e)s ».

Il ne s'agit pas ici d'une analyse exhaustive de tout ce qui s'est écrit au sujet du TEM, ni d'une description de toutes les clés d'un traitement efficace. La recherche et les évaluations visant à combler les lacunes des connaissances et à accroître l'efficacité du TEM constituent un processus continu.

Nota
Pour l'élaboration du présent document, l'équipe de chercheuses et de chercheurs s'est reportée à des sources qu'elle croit fiables. Toutefois, le but de ce document n'est pas de fournir aux lecteurs et lectrices une information suffisante pour prescrire ou délivrer la méthadone.

1.1 Méthodologie

Il existe maintenant presque quarante ans de documentation accumulée sur le TEM, portant sur les connaissances recueillies au moyen de la recherche et sur le traitement. Le présent rapport se fonde en grande partie sur les études documentaires de pointe qui ont été effectuées par d'autres. En particulier, les textes édités par Ward, Mattick et Hall (1998e), Strain et Stitzer (1999), et Lowinson, Payte, Salsitz, Joseph, Marion et Dole (1997) ont été particulièrement utiles. Ces analyses présentent des comptes rendus approfondis et à jour de la documentation et de la pratique courantes en matière de traitement d'entretien à la méthadone, et constituent un moyen efficace d'aborder l'énorme quantité de matériel publié au cours des dernières années sur le traitement d'entretien à la méthadone. Bien quece rapport ne mentionne pas toutes les très nombreuses sources primaires citées par ces textes, nous encourageons les lecteurs à consulter ce matériel.

Nous avons choisi la documentation canadienne et internationale pertinente de deux façons : 1) en procédant à des recherches par mots clés des bases de données et 2) en communiquant avec certains spécialistes choisis afin de trouver les ressources additionnelles, publiées ou non.

La liste des bases de données et de termes de recherche comprenait :

Le contenu actuel de l'ISI - vie, et social et comportemental. Derniers 6 mois : Sujet ou mot clé, entretien à la méthadone. Pour trouver la documentation récente.

- *Catalogue de la bibliothèque de la Fondation de recherche sur l'alcoolisme et les toxicomanies* (maintenant un élément du Centre de toxicomanie et de santé mentale). Sujet ou mot clé : Entretien à la méthadone - manuels. Pour trouver les lignes directrices de la pratique.

- *MEDLINE* (Base de données de la *National Library of Medicine, National Institutes of Health*, É.-U.- en langue anglaise). Plusieurs vastes recherches, de 1994 à aujourd'hui, limitées à l'être humain, français et anglais. Sujet ou mots clés : (*Methadone* ou *Methadyl Acetate*) - *Therapeutic Use* ou *Administration and Dosage* combinés avec *Methadone Maintenance* sous forme de mot clé ou *Opioid-Related Disorders* (éclaté) - *Rehabilitation* ou *Drug Therapy*. Sujets de recherche généraux : *Cost Effectiveness, Administration* et *Dosage, Other Diseases* (HIV et autres), *Other Drug Use, Dual Diagnosis, Needle Exchange, Treatment Outcome, Practice Guidelines, Health Care Delivery, Accessibility, Target Populations, Drug Diversion, Mandated Treatment*.

- *EMBASE (Excerpta Medica) (Elsevier Science Publishers*, Pays-Bas - en langue anglaise) Recherche de 1994 à aujourd'hui. À cause d'un chevauchement avec MEDLINE, nous n'avons cherché que les termes : *Evidence-Based Medicine* ou *Practice Guidelines*, avec *Methadone* pour en-tête de sujet et *Methadone Maintenance* comme mot clé.

- *CINAHL* (Soins infirmiers et soins de santé connexes). Recherche générale : *Methadone Maintenance*, de 1994 à aujourd'hui.

- *HealthSTAR* (*American Hospital Assoc.* et *National Library of Medicine*) Même termes de recherche que pour la recherche générale dans MEDLINE, à partir de 1994. Recherche limitée aux dossiers ne faisant pas déjà partie de MEDLINE.

- *Sites Web :* CCSADOCS (Base de données du Centre national de documentation sur l'alcoolisme et les toxicomanies) [www.ccsa.ca], CANBASE (base de données du Réseau canadien d'information sur les toxicomanies), *NIDA* (*National Institute on Drug Abuse*, É.-U.) [www.nida.nih.gov]; *CSAT* (*Centre for Substance Abuse Treatment*) É.-U.; *National Guideline Clearinghouse* (É.-U.) [www.guidelines.gov] (*Agency for Health Care Policy Research, American Medical Assoc. et American Association of Health Plans*); ISDD (Grande-Bretagne), *Australian Department of Health and Aged Care*.

Le Centre national de documentation sur le VIH/SIDA a également effectué une recherche dans sa collection pour trouver du matériel se rapportant au traitement d'entretien à la méthadone et à la prévention du VIH.

L'équipe de chercheuses et de chercheurs a trouvé une grande quantité de documentation publiée entre 1995 et 2000, et a étudié plus de 300 documents pour voir s'il était possible de les inclure dans l'analyse bibliographique. Le choix définitif comprenait des études de pointe d'importance capitale, des rapports courants clés provenant d'agences et d'organismes internationaux et nationaux, des articles présentant des preuves scientifiques et des études ou descriptions de certaines pratiques cliniques normales, rédigés par des spécialistes bien connus dans ce domaine et publiés dans des revues ou des textes scientifiques reconnus et faisant l'objet de révisions par les pairs.

Partie 2 : Efficacité du TEM

2.1 Preuves d'efficacité

Un solide consensus s'est établi au sujet de l'efficacité générale du TEM. Dans leur étude des preuves, Hall, Ward et Mattick (1998b, 50) ont conclu que « dans l'ensemble, les preuves fournissent une bonne raison de croire que l'entretien à la méthadone est une forme efficace de traitement de la dépendance aux opiacés, *en général* »[4]. On considère également que le TEM est efficace sur une large échelle : « L'efficacité du traitement se manifeste chez les personnes dépendante aux opiacés dans divers contextes et groupes culturels et ethniques, et selon des études conçues de diverses façons » (Marsch, 1998, Résumé). Selon le *National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction*, tel que cité par Leshner (1999), le traitement à la méthadone est le mode de traitement des toxicomanies qui a fait l'objet des plus rigoureuses évaluations, et on a trouvé qu'il est très efficace pour inciter une forte proportion des client(e)s ou patient(e)s à poursuivre leur traitement en réduisant l'utilisation de drogues intraveineuses, les taux de contagion du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), l'activité criminelle, et en améliorant la productivité sociale de ces personnes. Les programmes les plus efficaces sont ceux qui fournissent de la méthadone tout en offrant une gamme de services médicaux, sociaux et de modification du comportement.

La disponibilité des preuves démontrant l'efficacité du TEM pour obtenir des résultats précis dépend du nombre d'études se rapportant à un but ou un résultat particulier. Jusqu'ici, les buts ou objectifs de traitement qui intéressent le plus la société et les collectivités, comme la réduction de l'utilisation de drogues et de la criminalité, ont fait l'objet de recherches plus nombreuses que les buts qui pourraient être des priorités pour les personnes dépendantes des opioïdes, comme la prévention de la transmission du VIH ou l'amélioration de leur santé et de leur bien-être social (Hall, Ward et Mattick, 1998a, 3).

---

4 Hall (1998b, 50-51) explique que la phrase « en général » se rapporte au fait qu'il existe d'importantes réserves concernant l'efficacité de la méthadone lorsqu'il s'agit de réduire l'usage illicite des opioïdes et le recours au crime et d'améliorer la santé et le bien-être social des personnes traitées. Ces réserves comprennent par exemple le fait que la méthadone ne soit pas un moyen de guérir la dépendance aux opiacés, qu'elle produise des résultats qui sont meilleurs que ce qui se produirait sans ce traitement, que les programmes d'administration de la méthadone varient considérablement quant à leurs politiques et leur efficacité à cause de nombreux facteurs différents, que les programmes les plus efficaces ressemblent au modèle de Dole et Nyswander selon lequel des doses plus élevées de méthadone sont administrées dans le cadre d'un programme complet de traitement axé sur l'entretien plutôt que sur l'abstinence, et que les avantages de la méthadone se maintiennent seulement aussi longtemps que les personnes poursuivent leur traitement.

Le tableau 1 offre un survol de quelques-unes des informations disponibles au sujet de l'efficacité du TEM, telle que mesurée par un grand nombre d'études et d'articles clés[5]. L'information contenue au tableau 1 suggère fortement le besoin de plus de recherche sur le TEM et les résultats du traitement. Ceci est illustré par les résultats présentés dans les études analysées. De plus, étant donné qu'il pourrait exister d'importantes différences, en termes d'objectifs du traitement, aux niveaux social et personnel aussi bien qu'à ceux du programme ou de la pratique clinique, la liste des objectifs possibles du traitement suggérée au tableau 1 n'est pas exhaustive. Les client(e)s ou patient(e)s, en particulier, pourraient avoir diverses raisons d'entreprendre ou de poursuivre leur traitement. De plus, de nombreux objectifs du traitement sont interreliés, par exemple l'objectif d'obtenir le maintien des personnes en traitement est lié au but d'obtenir d'autres résultats, comme un style de vie plus stable et divers autres résultats de traitement positif.

2.1.1 L'efficacité du TEM par rapport à l'absence de traitement

Dans cinq essais aléatoires du TEM, il a été démontré que ce traitement, même avec peu ou pas de counseling, est beaucoup plus efficace que l'absence de traitement (Gunne & Grönbladh; Yancovitz et coll.; Dole et coll.; Vanichseni et coll.; Newman & Whitehill, cités dans Brands & Brands, 1998, 2). Selon Hall et coll. (1998b, 21-25, 51), les trois essais contrôlés de l'entretien complet à la méthadone pendant une période de temps considérable effectués par Dole et coll., Newman et Whitehill, et Gunne et Grönbladh, ont tous démontré que l'entretien à la méthadone était plus efficace qu'un placebo ou que l'absence de traitement lorsqu'il s'agissait de retenir les participant(e)s en traitement, de réduire l'usage des opioïdes et de faire baisser le taux d'emprisonnement.

2.1.2 L'efficacité du TEM par rapport aux autres types de traitement de la dépendance aux opiacés[6]

Dans les travaux effectués par Simpson au cours de l'étude du *Drug Abuse Reporting Program* (tels que cités dans Brands & Brands, 1998,2), les chercheurs on trouvé que le TEM d'une durée d'au moins trois mois est supérieur à la désintoxication ou à l'évaluation utilisées seules, mais on n'a pas démontré de

5 Un grand nombre des sources utilisées dans la présente section du rapport citent des chercheurs qui ont travaillé avec les données provenant d'une ou plus des trois principales études des services de traitement des toxicomanies : le *Drug Abuse Reporting Program (DARP), 1969-1972;* la *Treatment Outcome Prospective Study (TOPS),* 1979-1981; et les *Drug Abuse Treatment Outcome Studies (DATOS),* 1991-1993.

6 Veuillez observer que l'étude détaillée de l'efficacité du TEM par rapport aux autres thérapies de remplacement des opioïdes est en dehors de la portée de la présente étude documentaire.

supériorité claire du TEM par rapport au counseling à l'externe ou aux communautés thérapeutiques. Des recherches subséquentes par Hubbard et coll. au cours du *Treatment Outcome Prospective Study* (citées dans Brands & Brands, 1998, 2) ont établi qu'en termes d'obtention d'un meilleur taux de retenue, le TEM était considérablement plus efficace par rapport au counseling en consultation externe sans méthadone ou aux programmes en établissement sans méthadone.

Tableau 1
Traitement d'entretien à la méthadone et résultats du traitement

But du traitement	Preuves des résultats du traitement
Réduction de l'utilisation de drogues	Réduction de l'utilisation des opioïdes illicites ou de l'héroïne • De nombreuses études effectuées au cours de plusieurs décennies dans différents pays ont démontré clairement que le TEM a pour résultat une réduction importante de l'usage des opioïdes illicites (National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction, 1998, 1939). • Selon leur étude des preuves, Hall et coll. (1998b, 53) ont conclu qu'il existe des « preuves solides de réductions considérables de l'héroïnomanie pendant que [les gens atteints de dépendance aux opiacés] sont inscrits à un programme d'entretien à la méthadone ». • En se fondant sur son étude des preuves, le National Institute on Drug Abuse (National Institute on Drug Abuse, 1995, 1-7) a trouvé que pendant le TEM, l'usage d'opioïdes illicites par les client(e)s ou patient(e)s diminue, parfois considérablement, mais qu'il faut pour cela des doses suffisantes de méthadone. • Le TEM a un effet modéré en ce qui concerne la réduction de l'utilisation des opioïdes illicites (Marsch, 1998, Résumé). • En se fondant sur leur étude des preuves, Hall et coll. (1998b, 53) ont conclu « qu'il faut tenir compte d'un certain nombre de mises en garde afin d'éviter d'entretenir des attentes irréalistes quant au traitement d'entretien à la méthadone . En premier lieu, l'entretien à la méthadone ne mène pas à une abstinence totale des opioïdes illicites chez tous les patient(e)s, mais il obtient quand même une réduction considérable du taux d'utilisation de l'héroïne, ainsi que l'abstinence des opioïdes illicites, chez environ la moitié des personnes qui reçoivent le TEM . En second lieu, les différents programmes ont des taux d'efficacité différents . En troisième lieu, le meilleur modèle de traitement accepté est celui qui a été mis au point par Dole et Nyswander, c'est-à-dire le traitement d'entretien aux opioïdes . Enfin, et par conséquent, les avantages du traitement à la méthadone se maintiennent seulement aussi longtemps que les client(e)s ou patient(e)s poursuivent ce traitement ».

Tableau 1
Traitement d'entretien à la méthadone et résultats du traitement (suite)

But du traitement	Preuves des résultats du traitement
	• Bien que l'élimination totale et maintenue de la toxicomanie reste « l'objectif optimum du traitement », les preuves indiquent que cet objectif ne peut être atteint par la plupart des personnes dépendantes des opioïdes (National Consensus Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction, 1998, 1937). • En se fondant sur une vaste étude des résultats de 11 essais contrôlés aléatoires et sur plusieurs études fondées sur l'observation, Ward, Mattick et Hall (1998h, 217-222) indiquent une relation dose-effet claire entre la dose de méthadone et l'héroïnomanie. La possibilité que les client(e)s ou patient(e)s utiliseront l'héroïne va diminuer à mesure que la dose de méthadone va augmenter. Utilisation réduite des autres drogues • Les programmes de TEM réduisent de façon importante et constante l'usage des opioïdes illicites, ainsi que l'utilisation d'autres drogues illicites, y compris la cocaïne et la marijuana. Les programmes de TEM réduisent également l'abus de l'alcool, de la benzodiazépine, des barbituriques et des amphétamines (National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction, 1998, 1939). • Confirmant de nombreuses évaluations antérieures du TEM, les *Drug Abuse Treatment Outcome Studies (DATOS)* ont trouvé que le TEM est efficace lorsqu'il s'agit de réduire l'usage illicite de la cocaïne et d'autres drogues (Fletcher & Battjes, 1999, 85). • En se fondant sur son étude des preuves, le National Institute on Drug Abuse a conclu que les résultats des recherches sont variables quant à l'effet du TEM sur l'usage de drogues illicites autres que les opioïdes. Alors que certaines recherches indiquent que le TEM joue un rôle pour faire baisser l'utilisation de l'alcool, de la cocaïne et de la marijuana, d'autres suggèrent des augmentations de l'usage de ces drogues. Bien que le TEM n'ait pas eu et ne soit pas destiné à avoir un effet sur l'alcoolisme et l'utilisation des autres drogues, quand les services de traitement biopsychosocial comprenant le TEM sont « spécialement conçus pour faire baisser l'utilisation de l'alcool et de drogues, ces réductions sont probables ». (National Institute on Drug Abuse, 1995, 4-15).

Tableau 1
Traitement d'entretien à la méthadone et résultats du traitement (suite)

But du traitement	Preuves des résultats du traitement
	• Bien que la méthadone n'ait pas d'effet pharmacologique direct sur les drogues autres que les opioïdes, lorsque les personnes dépendantes des opioïdes entreprennent un TEM, leur usage des autres drogues diminue souvent (Lindesmith, 1997, 1).
Réduction de l'activité criminelle	• Au cours des vingt dernières années, les preuves recueillies à l'occasion de nombreuses études ont démontré « de façon claire et convaincante » qu'un traitement efficace de la dépendance aux opiacés fait baisser considérablement l'activité criminelle *(National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction,* 1998, 1939). • Confirmant de nombreuses évaluations antérieures du TEM, les *Drug Abuse Treatment Outcome Studies (DATOS)* ont trouvé que le TEM réduit efficacement la fréquence des comportements criminels liés aux drogues (Fletcher & Battjes, 1999, 85). • En se fondant sur leur examen des résultats d'études, Hall, Mattick et Hall (1998b, 53) ont conclu qu'il existe de « solides preuves d'une réduction considérable du crime pendant que [les personnes dépendantes des opioïdes] participent au programme d'entretien à la méthadone ». • L'efficacité du TEM se manifeste surtout par sa capacité d'atténuer les comportements criminels liés aux drogues (Marsch,1998, Résumé). • McGlothin et Anglin (cités dans National Institute on Drug Abuse, 1995, 4-8) ont trouvé que le TEM joue un rôle pour réduire le temps passé à vendre des drogues, le temps passé à des activités criminelles et le temps passé en état d'arrestation et en prison. • Le TEM est associé à une diminution du temps passé en état d'arrestation et en prison (National Institute on Drug Abuse, 1995, 4-8). • On a trouvé que la rétention des client(e)s ou patient(e)s a un effet peu considérable, mais significatif, sur la réduction de l'activité criminelle pendant le traitement. Il faudrait procéder à plus de recherches sur la « dynamique du TEM pendant les années 1990 et les relations entre le crime et le traitement » (Rothbard, Alterman, Rutherford, Liu, Zelinski et McKay, 1999, 335).

Tableau 1
Traitement d'entretien à la méthadone et résultats du traitement (suite)

But du traitement	Preuves des résultats du traitement
Baisse de la mortalité	• Les études ont indiqué que les taux de décès chez les personnes traitées au moyen de la méthadone étaient inférieurs à ceux que connaissaient les personnes dépendantes des opioïdes et ne recevant pas de traitement à la méthadone. Les taux de décès des personnes ne recevant pas de traitement est plus de trois fois plus élevé que chez les personnes recevant un traitement (National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction, 1998, 1938).
Meilleure santé physique et mentale	• Confirmant de nombreuses évaluations antérieures du TEM, les *Drug Abuse Treatment Outcome Studies (DATOS)* ont trouvé que le TEM soutient efficacement des améliorations dans « plusieurs domaines de la santé, de la santé mentale et du fonctionnement dans la société » (Fletcher & Battjes, 1999, 85). • « Après le début du TEM, l'état de santé s'améliore habituellement, grâce à l'accès à des services médicaux, à l'élimination des injections au moyen de seringues contaminées et à une meilleure qualité de vie » (Lowinson et coll. , 1997, 409). • Dole, Nyswander et Kreek (cités dans National Institute on Drug Abuse, 1995, 4-9) ont trouvé que le traitement d'entretien à la méthadone est capable de stabiliser l'humeur et l'état fonctionnel des client(e)s ou patient(e)s. • Walsh et Strain (1999, 50) observent qu'il existe « certains indices suggérant que la méthadone et les opioïdes en général peuvent avoir des effets anxiolytiques, antidépressifs et antipsychotiques ». Ils font également observer, toutefois, qu'on n'a pas effectué d'études contrôlées de l'usage de la méthadone pour traiter l'anxiété, la dépression ou les psychoses. • Best, Lehmann, Glossop, Harris, Noble et Strung (1998, 1) observent qu'il faudrait procéder à d'autres recherches sur l'efficacité du traitement d'entretien à la méthadone, en tenant compte d'un plus grand nombre de variables se rapportant au style de vie (niveaux élevés de tabagisme, mauvaise alimentation et repas peu fréquents et alcoolisme).

Tableau 1
Traitement d'entretien à la méthadone et résultats du traitement (suite)

But du traitement	Preuves des résultats du traitement
Réduction des comportements à risque se rapportant au VIH, au VHC et aux autres agents pathogènes véhiculés par le sang et réduction des comportements à risque de transmission du VIH et des autres MTS (maladies transmises sexuellement)	Réduction des comportements à risque liés aux injections[7] • L'examen de plusieurs études indique que le TEM est régulièrement associé à une diminution des échanges de matériel d'injection de drogues, qui est le principal facteur de risque en ce qui concerne la transmission de virus véhiculés par le sang comme le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C chez les utilisateurs de drogues injectables . Le TEM réduit le comportement à risque se rapportant aux injections chez les toxicomanes, mais seulement aussi longtemps que les client(e)s ou patient(e)s poursuivent leur traitement, et lorsqu'ils ou elles reçoivent des doses suffisantes de méthadone (Ward, Mattick et Hall, 1998g, 67-68). • Ball et Ross (cités dans National Institute on Drug Abuse, 1995, 4-22) ont trouvé que 71 p. 100 des client(e)s ou patient(e)s qui ont poursuivi leur traitement pendant un an ou plus avaient cessé d'utiliser les drogues injectables • L'effet du TEM en ce qui concerne la réduction des comportements à risque de transmission du VIH est de petit à modéré (Marsch, 1998, Résumé). Réduction des autres comportements à risque de transmission du VIH et des autres MTS • Les femmes qui ont une dépendance aux opiacés financent souvent leur utilisation de drogues au moyen de comportements sexuels tels que la prostitution ou l'échange de relations sexuelles contre de la drogue. Comme le TEM « réduit la nécessité économique de s'adonner à ce genre d'activité sexuelle », il pourrait peut-être servir d'intervention efficace pour réduire le comportement sexuel à risque chez les femmes dépendantes aux opioïdes (Wells, Calsyn et Clark , 1996, 519). • Le TEM pourrait aider les personnes dépendantes des opioïdes à réduire leur risque de contracter le VIH à la suite de relations sexuelles avec de nombreux(ses) partenaires, en réduisant leur recours au travail du sexe pour financer leur toxicomanie et en améliorant leur « façon de percevoir leur auto-efficacité en matière de réduction des risques » (Longshore, Hsieh et Anglin, 1994, 754).

7 On associe l'usage de drogues injectables à un fort risque de transmission du VIH, du VHC et d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang.

Tableau 1
Traitement d'entretien à la méthadone et résultats du traitement (suite)

But du traitement	Preuves des résultats du traitement
Réduction des taux d'infection et de transmission du VIH, du VHC et des autres agents pathogènes véhiculés par le sang	VIH • « Un traitement à long terme comportant des doses suffisantes de méthadone fut un facteur de protection d'importance capitale pour la prévention des infections à VIH dès les premiers jours de l'épidémie à New York » (Hartel & Schoenbaum, 1998, résumé). • Les études passées en revue par Ward et coll. (1998g, 64) suggèrent un appui raisonnable apporté à l'opinion voulant que l'entretien à la méthadone protège les client(e)s ou patient(e)s contre l'infection au VIH. • « La méthadone pourrait protéger contre le VIH, la durée du traitement à la méthadone est le facteur déterminant de la capacité d'éviter de contracter le VIH » (Serpelloni, Carrieri, Rezza, Morganti, Gomma et Binkin, 1994, 218). • Metzger et coll. (cités dans National Institute on Drug Abuse, 1995, 4-19) ont trouvé un taux inférieur d'infection au VIH chez les personnes recevant de la méthadone (15 p. 100) par rapport à celles qui sont dépendantes des opioïdes sans recevoir ce type de traitement (33 p. 100). Les personnes qui continuent à ne pas être traitées connaissent une augmentation de 22 p. 100 de la séroconversion, alors que cela se produit pour 3,5 p. 100 seulement de celles qui reçoivent un traitement d'entretien à la méthadone (dans National Institute on Drug Abuse, 1995, 4-19, 4-20). VHC et autres agents pathogènes véhiculés par le sang • Dole, Joseph et Des Jarlais (cités dans National Institute on Drug Abuse, 1995, 4-23) ont trouvé que le TEM était associé à une réduction de la fréquence des cas d'hépatite. • La recherche courante examinée par Ward et coll. (1998g, 68-69) indique que le TEM a peu de chances de protéger les client(e)s ou patient(e)s contre l'infection à l'hépatite B ou C, aux endroits où la population d'usagers de drogues injectables comprend un grand nombre de personnes atteintes de ces maladies, parce que, dans ce cas, les client(e)s ou patient(e)s auront habituellement déjà été exposé(e)s à ces maladies au moment où ils(elles) demandent le traitement. Pour le moment, il n'existe pas suffisamment de données permettant de mesurer dans quelle mesure le TEM est susceptible de prévenir l'infection à l'hépatite B, à l'hépatite C ou aux deux.

Tableau 1
Traitement d'entretien à la méthadone et résultats du traitement (suite)

But du traitement	Preuves des résultats du traitement
	• « Simplement fournir de la méthadone aux [utilisateurs de drogues injectables] exposés à l'infection au VHC ou risquant de transmettre le virus n'est pas nécessairement prophylactique en ce qui concerne la transmission du VHC ». Il faudrait plus d'évaluations afin de déterminer le rôle du TEM en matière de prévention et de contrôle de la transmission du VHC parmi les utilisateurs de drogues injectables (Crofts, Nigro, Oman, Stevenson et Sherman, 1997, 999). • « Il est très probable que les utilisateurs de drogues injectables qui ne sont pas infectés par le VHC au moment où ils se joignent à un programme de TEM et qui n'utilisent pas d'autres drogues ou d'alcool ne contracteront pas le VHC » (Novick, 2000, 440).
Meilleure adaptation sociale et qualité de vie améliorée	Occupation d'un emploi, revenus, productivité sociale • Confirmant de nombreuses évaluations antérieures du TEM, les *Drug Abuse Treatment Outcome Studies (DATOS)* ont trouvé que le TEM est efficace lorsqu'il s'agit d'aider à l'amélioration de « plusieurs aspects de la santé, de la santé mentale et de la vie en société » (Fletcher & Battjes, 1999, 85). • Des données sur les résultats à long terme ont démontré que les personnes qui sont dépendantes des opioïdes et qui reçoivent un TEM gagnent plus du double du revenu annuel de celles qui ne participent pas à ce type de traitement (National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction, 1998, 1939). • Simpson et Sells (cités dans National Institute on Drug Abuse, 1995, 4-18) ont trouvé que le TEM augmentait considérablement la possibilité d'occuper un emploi à temps plein. • Gearing et Schweitzer (cités dans Brands & Brands, 1998, 2) ont trouvé que, deux ans après l'admission au traitement d'entretien à la méthadone, le pourcentage des client(e)s ou patient(e)s devenu(e)s socialement productifs(ves) (c'est-à-dire occupant un emploi, poursuivant des études ou « personne au foyer ») est passé de 36 p. 100 à 76 p. 100. Qualité de vie • La plupart des aspects de la qualité de vie s'améliorent après une année de TEM (Dazord, Mino, Page et Broers, 1998, résumé).
Meilleurs résultats de la grossesse	• La recherche a démontré qu'un traitement TEM complet, combiné à des soins prénatals adéquats, réduit les complications obstétriques et foetales (National Consensus Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction, 1998, 1939).

Tableau 1
Traitement d'entretien à la méthadone et résultats du traitement (suite)

But du traitement	Preuves des résultats du traitement
	• Des données préliminaires suggèrent que les femmes qui reçoivent le TEM ont plus de chances d'être traitées à la zidovudine. L'administration de zidovudine aux femmes enceintes séropositives réduit des deux tiers le taux de transmission du VIH à leurs nouveau-nés (National Consensus Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction, 1998, 1939). • Selon une étude de Ward, Mattick et Hall (1998d, 412), dans le cas de nombreuses femmes enceintes qui sont dépendantes des opioïdes, les preuves sont claires que le TEM est moins dommageable que l'usage continu de l'héroïne ou la désintoxication. • Selon l'étude des preuves effectuée par le National Institute of Drug Abuse, le TEM réduit le nombre de résultats négatifs de la grossesse et les problèmes au moment de la naissance (National Institute on Drug Abuse, 1995, 1-33). • « Il a été démontré que la méthadone est un traitement efficace des femmes enceintes qui font usage d'opioïdes (Jarvis & Schnoll, 1994, 160) ». • Les travaux de Finnegan, Hagan et Kaltenbach, Silver et coll., Kleber, et Woody et coll. (cités dans Finnegan, 1991, 199) « démontrent que, lorsque les problèmes physiques, psychologiques et sociologiques des femmes enceintes dépendantes des opioïdes et de leurs enfants sont combinés au TEM, les conséquences physiques de drogues psychotropes, ainsi que celles qui se rapportent au comportement, sur les mères, les foetus, les nouveau-nés et les enfants pourraient être considérablement réduites ».
Rétention	• Hubbard et coll. (cités dans Brands & Brands, 1998, 2) ont trouvé que le TEM permettait d'obtenir des taux de rétention considérablement plus élevés (68 p. 100 après trois mois) que le counseling externe sans méthadone (36 p. 100) ou les programmes en établissement sans méthadone (45 p. 100). • Le taux de rétention était plus élevé à la fin d'une année dans le cas du TEM (40 p. 100) que pour le traitement au moyen du naltrexone (18 p. 100) et les programmes ne faisant pas usage de drogues (15 p. 100) (D'Ippoliti, Davoli, Perucci, Pasqualini et Bargagli, 1998, 167).

2.2 Rentabilité du TEM

Les coûts de la dépendance aux opiacés, pour les personnes et pour la société, sont énormes. Les coûts humains, économiques et sociaux de la dépendance aux opiacés comprennent l'augmentation des actes criminels et les coûts connexes pour le système de justice pénale (une forte proportion des détenus sont incarcérés par suite de délits liés aux drogues); des augmentations considérables de la fréquence des cas de VIH, d'hépatite B et C (VHC) et de tuberculose; une augmentation du nombre de visites aux salles d'urgence se rapportant à l'abus des opioïdes et des décès causés par ces drogues (National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction, 1998, 1937). À partir de leur étude de la documentation, Hall et coll. (1998b, 50) ont trouvé que « l'absence de traitement comporte un risque élevé de mortalité prématurée et de grave morbidité pour les usagers, et des coûts sociaux et économiques considérables pour la collectivité ». Aux États-Unis, on a estimé à 1,2 milliard de dollars par année les frais des services de santé se rapportant à la dépendance aux opiacés (National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction, 1998, 1939). Selon Single (1999, 57), l'usage de drogues illicites coûte 1,37 milliards de dollars par année au Canada, et « une bonne partie de ces coûts sont des conséquences de l'usage de drogues injectables ». Single observe également que « les principales causes de décès attribuables aux drogues sont le suicide, les surdoses et le SIDA contracté à cause du partage de seringues, et elles sont toutes fortement associées à l'usage de drogues injectables ».

Par contre, la recherche a démontré que le TEM :

- donne un ratio coûts-avantages de 4.4:1 si on le compare aux autres modes de traitement (Rufener et collègues, cités dans Lowinson et coll., 1997, 412);
- donne un ratio coûts-avantages de 4:1 (Harwood et coll., cités dans Lowinson et coll., 1997, 412);
- présente des avantages - coûts de 4 à 13 $ US pour chaque dollar consacré à la méthadone (Gerstein et coll., cités dans Stoller and Bigelow, 1999, 25);
- offrirait des économies en matière de soins de santé estimées de 1,325 à 1,75 milliard US aux États-Unis si toutes les personnes dépendantes des opioïdes recevaient un traitement d'entretien à la méthadone (ce qui aurait pour résultat une diminution prévue de 55 000 à 70 000 par année du nombre de nouveaux cas d'infection à VIH) (Stoller and Bigelow, 1999, 25).

En ce qui concerne les résultats par rapport aux coûts, Stoller and Bigelow (1999, 26) proposent la liste suivante de facteurs de coût et de coûts-avantages du traitement à la méthadone :

Tableau 2
Analyse des coûts et avantages
(fondée sur Stoller et Bigelow, 1999, 26, tableau 2.4)

Facteurs coûts	Avantages
Rémunération et avantages sociaux du personnel	Réduction de la consommation de drogues illicites
Loyer et services publiques	Amélioration de la santé générale
Autorisations d'exercer et accréditations	Meilleur accès aux soins de santé
Fournitures médicales	Propagation réduite des maladies infectieuses
Formation du personnel	Amélioration du bien-être psychologique
Médicaments (méthadone)	Réduction de la violence
Analyses d'urine	Réduction des vols et des dommages aux biens
Sécurité	Obtention et conservation d'emplois
Documentation et tenue de dossiers	Recours moins considérable à l'aide publique
	Amélioration des relations familiales
	Meilleure éducation des enfants
	Amélioration de la vie en société

Partie 3 : Facteurs qui influencent l'efficacité du TEM

En dépit de l'absence de consensus au sujet de la façon d'administrer le traitement, il existe une quantité importante d'informations au sujet des facteurs individuels et des facteurs qui se rapportent aux programmes qui exercent une influence sur l'efficacité des programmes de traitement d'entretien à la méthadone, surtout en termes de rétention des client(e)s ou patient(e)s.

3.1 Facteurs individuels

Les circonstances individuelles ou la situation personnelle peuvent affecter de façon positive ou négative les résultats du traitement. Comme le font observer Lowinson et coll. (1997, 412), toutefois, de nombreuses personnes recevant le traitement doivent faire face à des circonstances qui présentent d'importants obstacles au succès. « Pour la majorité des patient(e)s habitant le centre-ville, le manque d'éducation et de compétences, le soin des enfants, le chômage et la pauvreté continuent à exercer un impact négatif sur les comportements socialement productifs et sur le résultat du traitement ».

Strain (1999b, 76) avertit qu'il pourrait être difficile de prédire le résultat du traitement : « il n'existe aucune caractéristique ou série de caractéristiques qui permette à elle seule de prédire avec certitude quelles personnes auront ou n'auront pas de succès dans leur traitement ». Strain observe également que certaines caractéristiques des client(e)s ou patient(e)s et certains résultats positifs obtenus au début du traitement suggèrent de meilleurs résultats (et il se réfère à McLellan), mais il ajoute que cette information ne devrait pas être utilisée pour choisir les personnes devant recevoir le traitement.

En se fondant sur son examen des preuves, Darke (1998b, 83-84) soutient que plusieurs des facteurs problématiques qu'on a tendance à associer aux pronostics moins favorables peuvent réellement s'améliorer grâce à la participation aux programmes de traitement, particulièrement au moyen d'une « gestion soignée du traitement clinique ». Par exemple, il cite les travaux de Caplehorn et coll. et de Grönbladh et coll., qui ont démontré que le traitement d'entretien à la méthadone peut réduire considérablement le risque de morbidité et de mortalité lié à l'usage de drogues injectables, et il observe qu'il pourrait également être possible de réduire la détresse psychiatrique et l'utilisation de drogues (y compris l'usage de cocaïne) au moyen de la participation à ce traitement. De plus, Darke conclut que le risque de détournement peut être évité en faisant preuve de « bon jugement clinique » en prescrivant des doses à prendre à la maison.

Selon les preuves examinées par Ward, Mattick et Hall (1998b, 331), les programmes devraient utiliser l'information se rapportant aux caractéristiques posant problème chez les client(e)s ou patient(e)s pour accroître les efforts déployés afin de convaincre les gens de persévérer. À leur avis, « il ne faudrait pas encourager les patient(e)s à abandonner l'entretien à la méthadone avant de manifester des signes de réadaptation (comme un emploi, une adaptation sociale stable, l'abstinence totale d'utilisation de drogues illicites et autres) ».

Le tableau 3 contient une certaine information au sujet des caractéristiques individuelles qui ont été associées aux résultats du traitement.

Tableau 3
Facteurs individuels

Caractéristique ou facteur individuel	Résultats associés
Âge	• L'âge est la caractéristique la plus souvent associée à la qualité des résultats; moins une personne est jeune, meilleurs sont les résultats (McLellan et Farley et coll., cités dans Strain, 1999b, 76).
Facteurs se rapportant aux relations interpersonnelles	• Une personne mariée a de meilleures chances d'obtenir de bons résultats (McLellan et Farley, et coll., cités dans Strain, 1999b, 76). • Le succès du traitement d'entretien à la méthadone a plus de chances d'être assuré lorsque le réseau de soutien social est intact (McLellan, Simpson et Sells, Ball et Ross et Anglin et Hser, cités dans National Institute on Drug Abuse, 1995, 1-45). • Les prevues examinées par Ward et coll. (1998b, 330-331) suggèrent que les client(e)s ou patient(e)s qui jouissent d'un soutien social raisonnable ont de meilleures chances de succès s'ils(si elles) se rendent jusqu'à la fin du traitement d'entretien à la méthadone. Le fait de ne pas vivre dans une famille ou avec un(e) partenaire est une des caractéristiques qui rendent un(e) client(e) ou patient(e) plus susceptible de rechuter dans l'utilisation de drogues, l'activité criminelle ou les deux s'il(si elle) abandonne le traitement.
Occupation d'un emploi	• On associe de mauvais antécédents de travail à une faible rétention (McLellan et Farley et coll., cités dans Strain, 1999b, 76; National Institute on Drug Abuse, 1995). • Les preuves étudiées par Ward et coll.(1998b, 330) indiquent que les client(e)s ou patient(e)s qui ne trouvent pas d'emploi avant, pendant ou après le traitement d'entretien à la méthadone sont plus susceptibles de retourner à l'utilisation de drogues, à l'activité criminelle ou aux deux s'ils (si elles) abandonnent leur traitement. Trouver un emploi est l'un des facteurs associés à une meilleure chance de succès des client(e)s ou patient(e) qui poursuivent le traitement jusqu'à la fin.

Tableau 3
Facteurs individuels
(suite)

Caractéristique ou facteur individuel	Résultats associés
État de santé mentale	• Les preuves étudiées par Darke (1998b, 82) indiquent que la détresse psychologique est courante et peut nuire aux résultats, mais que le traitement d'entretien à la méthadone pourrait « contribuer à une amélioration des symptômes de dépression et d'anxiété des patient(e)s ». • On associe les problèmes psychologiques à un faible taux de rétention (McLellan et Farley et coll., cités dans Strain, 1999b, 76). • Les preuves étudiées par Darke (cité dans Ward, Mattick et Hall,1998f, 434) suggèrent que c'est la gravité générale des problèmes psychiatriques des client(e)s ou patient(e)s qui est liée aux résultats moins bons du traitement, plutôt que les diagnostics particuliers.
Antécédents criminels	• Les personnes dont les comportements criminels ont été minimes ont des chances d'obtenir de meilleurs résultats à la suite du traitement (McLellan; Simpson & Sells; Ball & Ross; Anglin & Hser, cités dans National Institute on Drug Abuse, 1995, 1-45). • Les preuves étudiées par Ward et coll. (1998b, 331) indiquent qu'un des facteurs de succès des client(e)s ou patient(e)s qui terminent le TEM est le fait d'avoir « peu d'antécédents d'activité criminelle ». Les client(e)s ou patient(e)s qui ont « des antécédents criminels plus graves et de plus longue durée » sont plus susceptibles de revenir à l'abus de drogues, à l'activité criminelle ou aux deux s'ils(si elles) abandonnent leur traitement. • On associe les antécédents d'activité criminelle à un faible taux de rétention (McLellan et Farley et coll., cités dans Strain, 1999b, 76).
Utilisation de drogues	• Les preuves étudiées par Ward et coll. (1998b, 331) indiquent que les client(e)s ou patient(e)s « qui ont utilisé les opioïdes en plus grande quantité et pendant plus longtemps » sont plus susceptibles de retourner à l'utilisation de drogues, à l'activité criminelle ou aux deux s'ils(si elles) abandonnent leur traitement. • Selon les preuves étudiées par Darke (1998b, 76) on associe l'usage de drogues autres que l'héroïne (benzodiazépine, cocaïne) avec des comportements plus risqués et à un fonctionnement psychologique inférieur, ce qui pourrait suggérer un pronostic moins bon.

Tableau 3
Facteurs individuels
(suite)

Caractéristique ou facteur individuel	Résultats associés
	• La quantité d'opioïdes illicites utilisés pendant les deux premières semaines du traitement permet de prédire les taux subséquents d'usage des opioïdes (mesurés au moyen de prélèvements d'urine) (Strain et al, cités dans Strain, 1999b, 76). • La quantité de cocaïne utilisée pendant les deux premières semaines du traitement permet de prédire les taux subséquents d'usage de la cocaïne (mesurés au moyen de prélèvements d'urine) (Strain et coll., dans Strain, 1999b, 76).
Comportement	• Selon les preuves étudiées par Ward et coll. (1998b, 331), les client(e)s ou patient(e)s qui abandonnent leur traitement contrairement aux conseils du personnel ou qui manifestent peu de changements de comportement pendant le traitement sont plus susceptibles de retourner à l'utilisation de drogues, à l'activité criminelle ou aux deux s'ils(si elles) abandonnent leur traitement.
Réceptivité ou motivation devant le traitement	• On a trouvé que la réceptivité au traitement, mesurée au moyen d'items du CMRS [*Circumstance, Motivation, Readiness and Suitability*] (De Leon & Jainchill, 1986; Joe, Simpson et Broome, 1999), exerce une incidence considérable sur la participation active à la thérapie (Fletcher & Battjes, 1999, 83). • La motivation au moment de l'admission est un solide indice de la participation active à la thérapie (Joe et coll., 1999, résumé). • De façon générale, les patient(e)s qui expriment un niveau plus élevé de confiance et d'engagement après trois mois de traitement étaient plus motivés au moment de l'admission (Broome et coll., 1999, résumé).
Participation active au traitement	• La participation active au traitement, mesurée en termes de rapport avec le(la) conseiller(ère), de confiance envers le traitement et de niveau d'engagement, est un moyen important de prédire la rétention (Fletcher & Battjes, 1999, 83). • La participation active au traitement est fortement déterminée par la motivation au moment de l'admission (Joe et coll., 1999, résumé).

3.2 Facteurs liés au programme

Quelques chercheurs ont mis l'accent sur l'importance de la façon d'assurer le traitement. Par exemple, Magura, Nwakeze et Demsky (1998a, 57) ont trouvé des preuves que les événements se produisant pendant le traitement sont des facteurs d'importance capitale de la rétention. Dans cette étude, « seulement deux de 16 variables mesurées avant le traitement (les variables avant le traitement comprennent les caractéristiques individuelles), comparées à cinq sur six variables pendant le traitement, exercent un effet important sur la rétention ».

On a associé un certain nombre de caractéristiques ou de facteurs des programmes à de meilleurs résultats du traitement, principalement l'amélioration de la rétention des client(e)s ou patient(e)s. L'accent mis sur la rétention a une importance capitale, parce que, selon les études passées en revue par Ward et coll. (1998b, 312), il existe une relation positive entre une plus longue durée de traitement et les résultats obtenus.

Dans leur introduction au texte publié sous la direction de Ward et coll., Hall et coll. (1998a, 3) observent que les caractéristiques qui semblent influencer le résultat du traitement sont : la dose de méthadone, la durée du traitement et les services connexes. En se fondant sur leur analyse des données, Hall et coll. (1998b, 51-52) observent qu'en fait, les programmes les plus efficaces sont ceux qui ressemblent de plus près au modèle original de Dole et Nyswander et qui offrent : des doses plus élevées et un traitement complet axé sur l'entretien plutôt que l'abstinence. Comme ils l'expliquent : « Les analyses des caractéristiques qui servent à prédire les variations entre programmes en matière de rétention, d'utilisation de drogues et de criminalité ont de façon générale confirmé le modèle original de Dole et Nyswander en montrant que les programmes prévoyant des doses plus élevées, un objectif d'entretien et des services connexes obtiennent de meilleurs résultats que les programmes qui utilisent des doses plus faibles et visent l'abstinence ».

Le tableau 4 énumère les facteurs liés aux programmes qu'on a associés aux résultats du traitement (voir aussi les parties 4.0, 5.0 et 6.0). Ces facteurs axés sur les programmes se rapportent également aux besoins de groupes particuliers (voir aussi la partie 7.0).

Tableau 4

Facteurs axés sur le programme	Résultats connexes du traitement
Accent mis sur la rétention	• Il est nécessaire de garder les client(e)s ou patient(e)s en traitement suffisamment longtemps pour que des changements se produisent. Par conséquent, la rétention est un indicateur accepté du fonctionnement d'un programme (Ward, Mattick et Hall, 1998h, 214). • La rétention est un facteur clé de l'obtention de résultats du traitement positifs (voir la section 4.1). • Confirmant les nombreuses évaluations antérieures du TEM, les *Drug Abuse Treatment Outcome Studies (DATOS)* ont trouvé que la rétention est un facteur important de la prédiction des résultats du traitement (Fletcher & Battjes, 1999, 82). • Plus le temps passé en TEM augmente, plus la probabilité de continuer à ne pas faire de crime augmente aussi et la consommation d'héroïne diminue (Simpson et Sells; Ball et Ross, tel que cité dans National Institute on Drug Abuse, 1995, 4-11, 4-14).
Orientation vers l'entretien	• Les recherches récentes étudiées par Ward et coll. (1998b, 331) indiquent qu'une orientation vers l'entretien (plutôt que l'abstinence) est une des caractéristiques des programmes qui influence le maintien en traitement. • Selon Ward et coll. (1998b, 324), qui citent la recherche de Caplehorn et coll. et de McGlothlin et Anglin, les programmes qui ont pour principe directeur l'entretien à long terme connaissent de meilleurs taux de rétention que ceux qui mettent l'accent sur l'entretien à court terme (indépendamment des objectifs du traitement).
Approche axée sur les client(e)s ou patient(e)s	• On associe la définition et la satisfaction des besoins individuels en matière de traitement avec le succès du traitement (Joe, Simpson & Hubbard, cités dans National Institute on Drug Abuse, 1995, 1-38) (voir la section 4.2). • Il y a d'importants facteurs dont il faut tenir compte pour répondre aux besoins de groupes particuliers de client(e)s ou patient(e)s (voir la partie 7.0).

Tableau 4
(suite)

Facteurs axés sur le programme	Résultats connexes du traitement
Accessibilité	• Les recherches récentes passées en revue par Ward et coll. (1998b, 331) indiquent que certains des facteurs axés sur les programmes qui ont le plus de chances d'accroître la rétention comprennent l'accessibilité, des coûts abordables et des heures d'ouverture adaptées à la disponibilité des client(e)s ou patient(e)s. • Selon l'étude *TOPS*, l'accessibilité clinique influence la rétention (Condelli & Joe et coll., cités dans Ward et coll., 1998b, 325). • Selon Maddux et ses collègues (cités dans Ward et coll., 1998b, 325), les programmes à la méthadone qui exigent des paiements pour services ont des taux de rétention plus faibles que les traitements gratuits. • On a constaté que les facteurs qui font obstacle à l'accessibilité, comme les frais d'utilisation, ont un effet négatif sur la rétention (Maddux, cité dans National Institute on Drug Abuse, 1995, 1-50).
Services complets intégrés	• On a associé les services complets et l'intégration des services médicaux et administratifs et du counseling à de meilleurs résultats du traitement (Ball & Ross, cités dans National Institute on Drug Abuse, 1995, 1-38) (voir la section 4.3). • Les programmes les plus efficaces d'entretien aux agonistes opiacés fournissent la méthadone en même temps que d'autres services médicaux, sociaux et de modification du comportement (Leshner, 1999).
Soins médicaux	• Étant donné la fréquence des maladies (souvent négligées) chez les personnes dépendantes des opioïdes, la dispensation de traitements médicaux primaires et spécialisés est un aspect clé du TEM. • Lowinson et coll. (1997, 410) observent que « les soins primaires dispensés aux toxicomanes dans les cliniques d'entretien à la méthadone pourraient réduire la demande de soins dans les salles d'urgence et la nécessité des hospitalisations, et par conséquent faire baisser considérablement le coût total du traitement de ces personnes ». • Voir également les sections 7.4 à 7.7.

Tableau 4
(suite)

Facteurs axés sur le programme	Résultats connexes du traitement
Traitement de l'utilisation de d'autres substances	• Étant donné la fréquence de l'usage de multiples drogues chez les personnes dépendantes des opioïdes, l'offre de traitements des autres toxicomanies et de l'alcoolisme est un aspect clé du TEM (voir la section 7.1).
Counseling	• En se fondant sur leur examen des preuves, Mattick, Ward et Hall (1998, 296) ont conclu « qu'il existe des preuves raisonnables qui suggèrent que le counseling accroît l'efficacité du traitement d'entretien à la méthadone chez certain(e)s patient(e)s ». • On associe une quantité plus élevée de services de counseling à de meilleurs résultats (McLellan; Strain et coll., cités dans Strain, 1999b, 76). • Il existe des preuves que des services complets de counseling assurés par des conseillers expérimentés sont un facteur de succès du traitement (Ball & Ross, cités dans National Institute on Drug Abuse, 1995, 1-38). • Il existe de solides relations entre les attributs des séances de counseling et la participation thérapeutique. Les attributs des séances de counseling sont le nombre de séances de counseling individuel, combien de fois les drogues, la toxicomanie ou des sujets connexes relatifs à la santé ont été discutés et combien de fois d'autres sujets ont été discutés pendant le premier mois du traitement (Joe et coll., 1999, 117, 122). • « ... les patient(e)s qui ont manifesté plus de confiance et d'engagement après [trois] mois de traitement avaient la plupart du temps fait preuve de plus de motivation au moment de leur admission, avaient établi de meilleures relations avec les conseillers(ères) et avaient participé aux séances de counseling plus souvent » (Broome et coll., 1999, résumé). • Voir la section 4.3.2.
Services de santé mentale	• Étant donné la fréquence des troubles de santé mentale chez les personnes dépendantes des opioïdes, l'offre de services de santé mentale est un aspect clé du TEM (voir la section 7.7).
Promotion de la santé, prévention de la maladie et éducation	• Étant donné la fréquence des comportements à risque en ce qui concerne le VIH, le VHC et les autres agents pathogènes véhiculés par le sang chez les personnes dépendantes des opioïdes, l'inclusion de stratégies de promotion et de prévention de la maladie ainsi que d'éducation est un aspect clé du TEM (voir les sections 7.5 et 7.6).

Tableau 4
(suite)

Facteurs axés sur le programme	Résultats connexes du traitement
Services connexes (en général)[8]	• Newman and Peyser (cités dans Mattick et coll., 1998, 269) ont mentionné qu'on considère généralement les services connexes comme étant les éléments les plus importants des programmes efficaces d'entretien à la méthadone, en dépit du fait que la recherche ait dégagé relativement peu de preuves à cet effet. • Joe et coll. (cités dans Ward et coll.,1998b, 324) ont analysé des données provenant de l'étude *TOPS* et ont trouvé qu'une meilleure rétention était influencée par l'accès assuré aux client(e)s ou patient(e)s à des services médicaux, psychologiques et financiers pendant le traitement. • Condelli (cité dans Ward et coll., 1998b,324) a également analysé les données de *TOPS* et trouvé un rapport entre l'accroissement de la rétention et les cotes plus élevées accordées par les client(e)s ou patient(e)s à la qualité des services. • La recherche de Maddux et coll. (citée dans Ward et coll.,1998b, 325) indique que les services devraient être adaptés aux besoins des client(e)s ou patient(e)s et que les programmes devraient tenir compte du degré d'intérêt des client(e)s ou patient(e)s pour le recours à ces services. • Une étude de McLellan et coll. (citée dans Bell, 1998a, 169) a trouvé que, plus le niveau de services assuré est élevé, plus les résultats du traitement sont positifs. • « ...les programmes faisant état d'une participation moyenne plus élevée de la part des patient(e)s offraient plus de services sociaux et de santé publique, connaissaient une fréquentation plus régulière aux séances de counseling et servaient des patient(e)s qui avaient en commun un plus grand nombre de types de problèmes semblables » (Broome et coll., 1999, résumé).

8 Les définitions des services connexes varient selon les travaux de recherche, mais Ward et coll. (1998b, 324) utilisent ce terme pour désigner « les services assurés par les programmes d'entretien à la méthadone, autres que la distribution de méthadone », comme les traitements médicaux, le counseling et la formation professionnelle. Dans le présent rapport, les services médicaux et le counseling font également l'objet de commentaires séparés.

Tableau 4
(suite)

Facteurs axés sur le programme	Résultats connexes du traitement
	• « ...le degré de confiance des patient(e)s était plus élevé lorsque les services proposés sont plus facilement accessibles... même les patient(e)s qui n'ont pas de besoins insatisfaits manifestent plus de confiance envers les programmes qui maintiennent un degré plus élevé d'utilisation de services. Ainsi, le milieu thérapeutique semble plus positif lorsqu'on semble s'occuper d'une vaste gamme de besoins des patient(e)s » (Broome et coll., 1999, 133). • En se fondant sur leur étude des indices, Hall et coll. (1998b, 51) ont conclu que l'intensité des services connexes est un facteur probable ayant une influence sur les résultats du traitement. • Voir la section 4.3.2.
Politiques des programmes	• On établit un lien entre des politiques et les pratiques claires et un meilleur taux de rétention (Ball & Ross, cités dans Lowinson et coll., 1997, 412). • Les politiques des cliniques sont l'un des facteurs les plus importants de la rétention (D'Ippoliti et coll., 1998, 171).
Critères d'admissibilité	• Selon une étude de Bell et coll. (citée dans Ward et coll., 1998a, 193), les conséquences pour les personnes non admises au traitement étaient un délai de 16 mois avant leur admission et l'exposition, en attendant, aux risques d'incarcération et de décès. • Étant donné la possibilité offerte par le traitement d'entretien à la méthadone de réduire les méfaits causés par la dépendance aux opiacés, ainsi que les conséquences de l'absence de traitement, des critères d'admission restrictifs devraient être évités (voir la section 5.1).
Évaluation	• Selon les études de Bell et coll. et de Woody et coll. (citées dans Ward et coll., 1998b, 326), les programmes qui assurent une évaluation rapide plutôt que lente ont un meilleur taux de rétention. Une étude de Maddux et coll. (citée dans Ward et coll., 1998b, 326) n'a pas trouvé de différence statistiquement significative, mais par contre a constaté qu'un plus grand nombre des client(e)s ou patient(e)s des groupes à évaluation rapide entreprenaient le traitement, et que les membres de ce groupe avaient tendance à persévérer plus longtemps. • « ...même les événements qui se produisent au début du traitement [c'est-à-dire pendant le premier mois] peuvent influencer [un] an plus tard la décision du(de la) patient(e) de continuer» (Joe et coll., 1999, 122). • Voir la section 5.2.

Tableau 4
(suite)

Facteurs axés sur le programme	Résultats connexes du traitement
Dosage	• En se fondant sur les preuves étudiées, le National Institute on Drug Abuse (1995, 1-38 to 1-40) a conclu qu'on peut établir une relation entre « ...l'établissement de politiques adéquates en matière de dosage » et le succès du traitement, et que « ...la dose de méthadone devrait être fondée sur les besoins individuels du(de la) patient(e), ainsi que sur les objectifs et les progrès du traitement ». • Les données passées en revue par Strain (1999b, 76) indiquent une relation entre une dose plus élevée et l'obtention de meilleurs résultats à la suite du traitement. • La dose est un des facteurs importants de l'amélioration du taux de rétention (D'Ippoliti et coll., 1998, 171). • Des recherches récentes passées en revue par Ward et coll. (1998b, 331) ont constaté que les programmes dotés d'une politique souple en matière de dosage ont plus de chances de répondre aux besoins des client(e)s ou patient(e)s. • Les études de Grabowski et coll. et Pani et coll. (citées dans Ward et coll., 1998b, 325-326) indiquent une relation entre la dispensation de doses à prendre à la maison et la rétention. • La souplesse des doses à prendre à la maison est un facteur qui influence la rétention (Lowinson et coll., 1997, 412). • Voir la section 5.3.
Le traitement d'entretien à la méthadone pendant la grossesse	• On a constaté qu'un traitement d'entretien à la méthadone assuré aux femmes enceintes qui sont dépendantes des opioïdes est efficace pour améliorer les résultats de la grossesse aussi bien pour les mères que pour les nourrissons (voir le tableau 1; voir la section 7.3).
Durée du traitement	• La durée du traitement est le facteur le plus important de son succès (Ball & Ross, cités dans Lowinson, et coll., 1997, 412) • Les études passées en revue par Ward et coll. (1998b, 312) indiquent une relation entre une durée plus longue du traitement et une amélioration des résultats après la fin de ce traitement. • Voir la section 5.4.

Tableau 4
(suite)

Facteurs axés sur le programme	Résultats connexes du traitement
Les analyses d'urine et la surveillance de l'usage de drogues pendant le traitement	• Des recherches récentes passées en revue par Ward et coll. (1998b, 331) suggèrent que les programmes qui « considèrent l'usage de drogues illicites avec indulgence » ont plus de chances de répondre aux besoins des client(e)s ou patient(e)s. • Selon Stitzer et coll. (cités dans Ward et coll., 1998b, 326), un certain nombre d'études ont établi une relation entre le recours à des conséquences négatives, par exemple une réduction des doses de méthadone, en réaction devant l'usage de drogues illicites pendant le traitement, et l'abandon du traitement par les client(e)s ou patient(e)s. • Voir la section 5.5.
Le retrait graduel de la méthadone	• Étant donné les difficultés posées par le retrait graduel de la méthadone, une approche axée sur les client(e)s ou patient(e)s, lorsqu'il s'agit de prendre cette décision et d'entreprendre ce processus, est un aspect clé du TEM. • Voir la section 5.6.
Ressources humaines	• « Selon Kreek (1991), il existe une relation entre un personnel en nombre suffisant, bien formé et préoccupé des besoins des patient(e)s, ainsi qu'avec une meilleure stabilité du personnel (faible roulement du personnel), et de meilleurs résultats pour les patient(e)s » (Centre for Substance Abuse Treatment, cité dans National Institute on Drug Abuse, 1995, 1-39). • On associe un bon moral chez les membres du personnel à de meilleurs résultats du traitement (Lowinson et coll., 1997, 412). • Voir la section 6.1.
Attitudes des praticiens	• Selon des recherches récentes passées en revue par Ward et coll. (1998b, 331), une attitude positive du personnel du programme vis-à-vis le traitement à la méthadone et les client(e)s ou patient(e)s est un facteur qui rend la rétention plus probable. • « ...un milieu de traitement axé sur le soutien et réunissant un personnel dévoué a une incidence positive sur l'engagement des patient(e)s et le succès éventuel » (Broome et coll., 1999, 134). • Voir la section 6.1.

Tableau 4
(suite)

Facteurs axés sur le programme	Résultats connexes du traitement
Qualité des relations entre les équipes et les client(e)s ou patient(e)s	• « ...les patient(e)s exprimant un meilleur degré de confiance et d'engagement après [trois] mois de traitement avaient en général fait preuve d'une plus grande motivation au moment de leur admission, avaient établi de meilleures relations avec les conseillers(lères) et participaient plus souvent aux séances de counseling » (Broome et coll., 1999, résumé). • « Les facteurs qui influencent une meilleure rétention sont... des relations de confiance et de confidentialité entre les patient(e)s et le personnel du programme » (Lowinson et coll., 1997, 412) • En se fondant sur leur étude des résultats de recherches, Hall et coll. (1998b, 51) ont conclu que « les autres facteurs pertinents [quant à l'efficacité des programmes en matière de réduction de l'utilisation de drogues et de l'activité criminelle] comprennent probablement la qualité des relations thérapeutiques entre les patient(e)s et les membres du personnel ». • Voir la section 6.1.
Formation	• On associe la formation du personnel aux meilleurs résultats du traitement (Kreek; Centre for Substance Abuse Treatment, cités dans National Institute on Drug Abuse, 1995, 1-39). • Voir la section 6.1.
Le milieu du programme	• Bien qu'on ait fait relativement peu de recherches à ce sujet, « l'organisation du traitement est presque certainement un élément important de son efficacité » (Bell, 1998a, 166). • Voir la section 6.2.

Partie 4 : Facteurs liés à l'élaboration et à la conception de programmes

Les sections contiennent de plus amples informations au sujet de certains des facteurs axés sur les programmes qui sont associés aux résultats du traitement (voir le tableau 4).

4.1 L'accent mis sur la rétention

Étant donné le lien établi entre la rétention et les autres résultats positifs du traitement, l'accent mis sur la rétention est une caractéristique importante des programmes offrant des traitements d'entretien à la méthadone. Selon les travaux de recherche passés en revue par Ward et coll. (1998b, 330), on associe une participation plus longue au traitement à de meilleurs résultats continus après le traitement, y compris un usage moins considérable des opioïdes et une réduction des activités criminelles. Selon Lowinson et coll. (1997, 412), de nombreuses études ont confirmé qu'un traitement de plus longue durée réduit de façon plus importante les comportements criminels et accroît en même temps les comportements socialement productifs (comme l'occupation d'un emploi, les études ou la tenue du foyer). La réserve exprimée par Hall et coll.(1998b,53), à partir de leur étude des résultats de recherches, vient du fait que les avantages du traitement d'entretien à la méthadone « continuent à se manifester seulement aussi longtemps que les patient(e)s poursuivent leur traitement ». Par conséquent, dans leur étude des questions historiques et cliniques se rapportant au TEM, Joseph, Stancliff et Langrod, (2000, 361) concluent « qu'il pourrait être nécessaire que les patient(e)s poursuivent le traitement pendant des périodes indéfinies, et peut-être même pendant toute leur vie ».

Comme on l'a observé ci-dessus, le TEM a un taux de rétention plus élevé par rapport aux autres choix de traitement, et on associe une rétention accrue avec un certain nombre de facteurs clés se rapportant aux programmes (voir les tableaux 1 et).

4.2 Une approche axée sur les client(e)s ou patient(e)s

On a mis de plus en plus l'accent sur la meilleure façon de répondre aux besoins du(de la) client(e) ou patient(e) particulier(ère). L'examen des données effectué par le National Institute on Drug Abuse (1995, 1-38) a trouvé que « la définition et la satisfaction des besoins des patient(e)s en matière de traitement » est une

caractéristique des programmes associée au succès du traitement. Un aspect de l'approche axée sur les client(e)s ou patient(e)s est le fait de tenir compte des besoins de certains groupes particuliers (voir la partie 7.0).

4.3 Des services complets intégrés

Selon Leshner (1999), les meilleurs programmes de traitement sont complets et polyvalents : « Les programmes [de traitement des toxicomanies] les plus efficaces offrent sur place, ou sont étroitement associés à un grand nombre d'éléments de traitement et de services de soutien divers. De plus, comme la guérison peut être un processus long et complexe, les fournisseurs de traitements doivent être capables d'évaluer et d'adapter continuellement le traitement du(de la) patient(e) et les services qui lui sont assurés de façon à s'assurer qu'ils conviennent à l'évolution des besoins de chaque personne. En même temps que des thérapies pharmacologiques, de comportement, ou des deux, le(la) patient(e) pourrait avoir besoin de services médicaux, de thérapie familiale, de formation au rôle de parent, de réadaptation professionnelle et de services sociaux et juridiques ».

Les éléments possibles d'une approche complète et intégrée au TEM comprennent :

- des traitements médicaux, y compris le traitement du VIH, du VHC et d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang, ainsi que d'autres maladies (voir les sections 7.4 et 7.6);
- des programmes de traitement d'autres toxicomanies (voir la section 7.1);
- du counseling (voir la section 4.3.1);
- des services de santé mentale (voir la section 7.2);
- la promotion de la santé, la prévention des maladies et l'éducation (voir les sections 7.5 et 7.6);
- une gamme d'autres services connexes (voir la section 4.3.2).

4.3.1 Le counseling

Selon Kidorf, King et Brooner, (1999, 166), « ...la nécessité d'un counseling afin d'aider à résoudre les problèmes complexes des toxicomanes fut reconnue par les fondateurs du traitement à la méthadone, et le counseling a été un élément normal de ce mode de traitement depuis son introduction ».

Selon les constatations de Ball et Ross (citées dans Mattick et coll., 1998, 267), on peut décrire la tâche des conseillers(ères) dans le cadre des programmes de TEM au moyen de dix activités : la gestion des cas, les liaisons entretenues avec d'autres agences de services sociaux, l'évaluation des nouveaux(elles) candidat(e)s, le counseling individuel, de brefs contacts, la thérapie de groupe, la thérapie auprès des familles et des couples, l'évaluation des problèmes psychologiques, les conseils en matière d'orientation professionnelle et l'éducation[9].

Les contacts brefs, le counseling individuel et le travail en groupe ont tendance à représenter la plus grande partie de l'activité de counseling des programmes de traitement à la méthadone. De plus, les conseillers(ères), aussi bien que le personnel médical, infirmier et administratif, jouent un rôle important en matière d'intervention en cas de crises auprès des personnes qui reçoivent le traitement (Ball & Ross, cités dans Mattick et coll., 1998, 267-268).

4.3.2 Services connexes

Au niveau international, il existe de vastes différences quant à la portée des soutiens et services connexes offerts par les programmes de traitement à la méthadone. Lowinson et coll.(1997, 410) décrivent les programmes contemporains aux É.-U. comme étant « des agences complètes de services humains et médicaux, essayant de résoudre d'importants problèmes sociaux et médicaux au moyen de techniques diverses ». Par exemple, les programmes d'entretien à la méthadone des É.-U. comprennent habituellement certains aspects non pharmacologiques comme le counseling individuel, la thérapie de groupe, le counseling auprès des couples, les analyses d'urines, les promesses de récompenses liées à une performance, la réadaptation professionnelle, les programmes de formation, l'enseignement du rôle de parent, les tests de dépistage du VIH et le counseling en cette matière, les services médicaux primaires, les évaluations psychiatriques et le traitement de la comorbidité (Strain & Stoller, 1999, 10).

---

9 Pour trouver d'autres renseignements au sujet des stratégies de counseling efficaces, nous encourageons les lecteurs à consulter la publication intitulée *Meilleures pratiques - Alcoolisme et toxicomanies - Traitement et réadaptation* (Santé Canada, 1999b).

Selon Lowinson et coll. (1997, 410), les appuis et les services assurés par les programmes de traitement varient selon l'étape du traitement[10]:

La stabilisation comprend : l'adaptation au médicament, le premier examen physique annuel, l'explication des règlements et des attentes du traitement, des façons habituelles de procéder et des services offerts; les antécédents psychosociaux et leur évaluation et l'orientation vers des agences compétentes de services médicaux et sociaux.

La deuxième étape comprend : l'examen et la modification du plan de traitement original, la mise en pratique des objectifs professionnels (formation professionnelle ou emploi), les traitements continus de santé physique et mentale, y compris le traitement du VIH et du SIDA ou de graves problèmes d'alcoolisme ou de polytoxicomanies (qui se poursuivent aussi longtemps que nécessaire) et la fourniture possible de médicaments à prendre à la maison, selon les progrès du traitement et le fonctionnement du(de la) client(e) ou patient(e).

La troisième étape comprend : l'entretien continu à la méthadone au moyen de visites hebdomadaires (ou moins fréquentes) et la fourniture d'un minimum de services aux personnes qui occupent un emploi et n'ont plus besoin de services intensifs.

Étant donné la diversité des besoins de soutiens et de services chez les personnes dépendantes des opioïdes (voir la partie 7.0), l'offre de services connexes est un aspect clé du TEM. Selon Strain et Stoller (1999, 10) : « On peut mieux concevoir la clinique de méthadone comme un endroit où les patient(e)s reçoivent un traitement complet ». Ils observent également que l'offre de services destinés à répondre à des problèmes multiples se rapportant à l'utilisation de drogues pourrait être particulièrement importante pour les personnes qui entreprennent le traitement.

10 Lowinson et coll. (1997, 410) observent que le traitement à la méthadone aux États-Unis a évolué de façon à comporter trois étapes : une période de stabilisation, une deuxième étape pendant laquelle on examine et modifie au besoin le plan de traitement original, et une troisième étape comportant un entretien continu à la méthadone et un minimum d'autres services.

Partie 5 : Politiques du programme

5.1 Critères d'admissibilité

Les critères d'admissibilité particuliers des programmes de traitement d'entretien à la méthadone varient selon le pays et le secteur de compétence[11].

Selon Gossop et Grant et Uchtenhagen (cités dans Ward, Mattick et Hall, 1998a, 178), au niveau international, les critères servant à déterminer l'admission aux traitements d'entretien à la méthadone sont devenus plus libéraux au cours des récentes décennies. On a réduit l'âge minimum, ainsi que la durée de la période de dépendance qui doit s'être écoulée avant de pouvoir être admis à recevoir le traitement. De plus, les personnes qui utilisent d'autres drogues en plus des opioïdes illicites ne sont plus exclues. Gossop et Grant et van Ameijden (cités dans Ward et coll., 1998a, 179) observent que les programmes dont les critères d'admission sont minimaux, par exemple, certains programmes « à seuil bas » aux Pays-Bas, sont également le reflet d'efforts destinés à présenter le traitement d'entretien à la méthadone comme une mesure de santé publique destinée à limiter la transmission du VIH chez les utilisateurs(trices) de drogues injectables.

Ward et coll. (1998a, 198-199) affirment que, parce que l'utilisation de drogues illicites est un problème tellement coûteux pour les personnes aussi bien que pour la société, l'admission au traitement devrait être accordée à toute personne pour laquelle « les dommages personnels et sociaux de l'usage de drogues illicites ont des chances d'être réduits ». Comme il existe « une quantité croissante de preuves (voir les chapitres 2 et 3) que la thérapie de remplacement des opioïdes peut être une intervention efficace dans la vie de nombreux toxicomanes... il faudrait alors comparer les dommages causés par le refus d'accorder ce genre de traitement à une personne avec les avantages d'une réduction de la gravité des problèmes associés à la drogue » (Ward, et coll., 1998a, 190).

De plus, à partir de leur étude de ces preuves, Ward et coll. (1998a, 192) avancent qu'il « ne faudrait pas refuser le traitement à certaines personnes à cause de l'ampleur et de la gravité de leurs problèmes », parce qu'il n'existe pas de critères fiables permettant de déterminer les groupes de personnes qui n'obtiendront pas de résultats positifs de leur traitement.

---

11 Voir Glezen et Lowry (1999, 233-234) pour un survol des critères d'admissibilité aux É.-U. On peut trouver de l'information sur les critères appliqués au Canada dans les lignes directrices du gouvernement fédéral (Santé et bien-être social Canada, 1992, 9) et dans les lignes directrices provinciales pertinentes, le cas échéant.

5.2 Évaluation

Selon les études passées en revue par Ward et coll. (1998a, 195), « il n'y a aucune preuve qu'un processus d'évaluation prolongé avant l'admission à la thérapie de remplacement des opioïdes permettrait de recruter un groupe de patients mieux motivés. Au contraire, les données suggèrent qu'il faudrait établir sans délai que le traitement d'entretien aux opioïdes convient à une personne et administrer le médicament le plus rapidement possible ». Ward et coll. (1998a, 193) font observer que les personnes qui n'ont pas terminé le processus d'évaluation pourraient avoir été découragées par le processus lui-même. Maddux et coll. (cités dans Ward et coll., 1998a, 195) suggèrent que, faisant suite à une brève évaluation initiale de l'à-propos du traitement et à la première administration de méthadone, on pourrait procéder à une évaluation plus complète à mesure que les client(e)s ou patient(e)s se présenteront pour obtenir leur médicament.

5.2.1 Raison-d'être générale de l'évaluation

En se fondant sur leur examen de la documentation, Ward et coll. (1998a, 199) ont conclu que l'évaluation devrait être vue, non comme une série d'obstacles destinés à exclure certaines personnes, mais comme une occasion « de commencer à établir une relation de travail ». En d'autres termes, l'évaluation est le commencement du traitement lui-même, et l'entrevue d'évaluation est la première occasion importante de présenter le programme à une personne et de lui expliquer ce qu'elle peut en attendre. Selon les recherches de Bell et coll., Kauffman et Woody, Langrod, Miller et Rollnick, et Woody et coll. (citées dans Ward et coll., 1998a, 196), le premier contact du(de la) client(e) ou patient(e) avec un service de traitement influence la nature de la relation thérapeutique qui suivra. Malheureusement, comme l'ont constaté Hunt et coll. et Rosenblum et coll. (cités dans Ward et coll., 1998a, 196), le traitement d'entretien à la méthadone souffre d'une image négative auprès des usagers de drogues injectables. Ward et coll. (1998a, 196) suggèrent que, devant cette ambivalence concernant la méthadone, il ne faudrait pas utiliser la période d'évaluation pour décourager encore plus les participant(e)s intéressé(e)s, mais plutôt en faire une occasion de démontrer les avantages du traitement. Par exemple, l'utilisation de techniques telles que l'entrevue motivationnelle, mise au point par Miller et Rollnick, pourrait être utile pour aider les candidat(e)s à réfléchir aux avantages et aux inconvénients du traitement (Ward et coll., 1998a, 196). Comme Bell et coll. (cités dans Ward et coll., 1998a, 196) l'ont fait remarquer, les candidat(e)s ont besoin de prendre des décisions judicieuses et éclairées quant à leur participation au traitement, et cette décision doit leur appartenir. En plus des objectifs mentionnés ci-dessus, Miller et Rollnick (cités dans Ward et coll., 1998a,

197) suggèrent que le processus d'évaluation est une occasion de définir la relation thérapeutique et de modifier jusqu'à quel point les client(e)s ou patient(e)s sont motivé(e)s à changer leur utilisation de drogues et leur attitudes face au traitement.

5.2.2 Une perspective d'ensemble de l'évaluation

En plus d'une expertise médicale en vue du diagnostic de la dépendance aux opiacés, telle que décrite dans le manuel *DSM-IV* (Brands & Brands, 1998, 29), une façon globale d'aborder l'évaluation devrait comprendre une « exploration détaillée des antécédents de la personne et de son état actuel » en ce qui concerne les complications médicales, sanitaires et sociales liées aux opioïdes, ainsi que les difficultés psychologiques (Ward et coll., 1998a, 190). Le processus d'évaluation devrait comprendre :

- un examen physique, comprenant une évaluation des signes vitaux (Glezen & Lowery, 1999, 236) et la commande de tests de laboratoire comme les tests de dépistage du VHC et les tests hépatiques;
- une évaluation médicale faite par un médecin ou un(e) infirmier(ère) clinicien(ne) (Glezen & Lowery, 1999, 236), y compris les antécédents en matière d'infections (comme le VIH, le VHC, la tuberculose) et d'autres maladies liées à la toxicomanie afin de déterminer l'ampleur des dommages physiques causés par l'utilisation de drogues;
- une évaluation des antécédents et des habitudes d'utilisation des opioïdes et d'autres substances (Stitzer & Chutuape, 1999);
- une évaluation de l'ampleur de la détérioration des rapports sociaux (au moyen de questions portant sur la participation à des activités criminelles, la prostitution, les pertes d'emplois, les relations brisées et la perte de logements);
- des questions portant sur les manifestations passées et actuelles de comportements à risque élevé, par exemple, en ce qui concerne la transmission des MTS, ainsi que du VIH, du VHC et d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang;
- une évaluation de l'influence de la toxicomanie et des problèmes s'y rapportant comme sources d'anxiété et de dépression (Ward et coll., 1998a, 191);
- des analyse d'urine (Glezen & Lowery, 1999, 236);

- un alcootest afin de déterminer la consommation récente d'alcool (Glezen & Lowery, 1999, 236);

- une rencontre avec des conseillers(ères) afin de préparer le(la) client(e) ou patient(e) pour le traitement à la méthadone (Glezen & Lowery, 1999, 236).

Le recours aux instruments d'évaluation comme l'*Addiction Severity Index* (McLellan et coll., cités dans Ward et coll., 1998a, 191) et l'*Opiate Treatment Index* (Darke et coll., cités dans Ward et coll., 1998a, 191) pourrait aider à systématiser et normaliser le processus d'évaluation, et fournir également des données uniformes pouvant servir à l'évaluation des programmes.

Une approche globale comprend une évaluation continue permettant de reconnaître les problèmes et les besoins qui se manifestent en cours de traitement.

5.3 Dosage[12]

5.3.1 Pharmacologie de la méthadone

La pharmacologie de la méthadone en fait une drogue très utile pour le traitement de la dépendance aux opiacés. Ses caractéristiques avantageuses comprennent le fait que cette drogue :

- est administrée par voie orale, ce qui évite les risques liés à l'usage de drogues injectables;

- a une demi-vie longue, ce qui signifie qu'une seule dose quotidienne est nécessaire;

- s'accumule dans le corps, ce qui signifie qu'il est facile d'atteindre une concentration sanguine régulière;

12 À noter : Les praticiens qui désirent prescrire de la méthadone auront besoin d'une information plus détaillée que celle qui est offerte dans la présente section, notamment au sujet de la dose initiale, de la demi-vie de la méthadone, du temps écoulé avant d'avoir atteint le niveau le plus élevé dans le plasma, de l'augmentation des doses pendant la première semaine, de la gamme des posologies, des doses mortelles, de l'augmentation des doses avec le temps, de la surveillance du niveau des doses, des surdoses, des effets secondaires, des intéractions entre les drogues et d'autres questions relatives à la sécurité (Santé et Bien-être social Canada, 1992), ainsi que des lignes directrices provinciales existantes, le cas échéant. Les autres ressources comprennent, par exemple, Brands et Brands (1998), Brands et Janecek (2000) et Brands, Kahan, Selby & Wilson (2000).

- élimine efficacement les symptômes de sevrage opiacé, ce qui augmente le confort et le respect des instructions chez les client(e)s/patient(e)s;

- crée une tolérance croisée (ou blocage) relativement aux effets de l'usage des opioïdes illicites, ce qui diminue l'usage des opioïdes illicites pendant le traitement d'entretien;

- n'a pas d'effets secondaires graves à long terme, lorsqu'elle est utilisée pendant une longue période (Novick et coll., cités dans Ward et coll., 1998h, 207; Walsh & Strain, 1999, 50-51).

Tout comme dans le cas de nombreuses drogues, beaucoup de facteurs affectent le taux de métabolisation de la méthadone. Selon Blum (cité dans Ward et coll., 1998h, 207), il peut s'agir de différences individuelles des taux métaboliques, des taux d'excrétion, des états physiologiques [p. ex., la grossesse], des états pathologiques et de la consommation d'autres drogues.

Selon Leshner (1999), « La croyance courante que la méthadone n'est qu'un substitut de l'héroïne est fausse. Bien que ce médicament soit un agoniste μ-opioïde, ses propriétés pharmacologiques et pharmacodynamiques sont très différentes de celles de l'héroïne. Au lieu de déstabiliser la personne, comme le fait l'héroïne, la méthadone stabilise le(la) patient(e) et facilite le retour à un fonctionnement productif ».

5.3.2 L'utilisation de doses personnalisées suffisantes

Étant donné qu'il existe de grandes différences entre les personnes, en ce qui concerne leur réaction à des doses différentes de méthadone (Strain, 1999b, 81), les données indiquent que le dosage de la méthadone devrait être adapté aux besoins individuels de la personne traitée (Ward et coll.,1998h, 206; Lowinson et coll., 1997, 408)[13].

5.3.3 Les phases du dosage

L'objectif et l'ampleur de la dose vont également varier, selon la phase du dosage.

---

13 Une information détaillée sur les phases du dosage dépasse la portée de la présente étude documentaire. Il y a de très importantes questions de sécurité se rapportant à l'établissement et à l'augmentation des doses. Nous encourageons les lecteurs et lectrices à consulter les références citées dans le renvoi précédent. Veuillez prendre note du fait que les doses initiales devraient toujours être très faibles, à cause du risque médical de surdose.

La dose initiale

La dose initiale de méthadone est administrée dans le but de soulager les symptômes de sevrage des opioïdes et de fixer un point de référence pour le dosage subséquent (Lowinson et coll., 1997, 408). Selon leur examen des preuves, Ward et coll.(1998h, 213) ont conclu qu'il est très généralement admis que les doses initiales devraient être de 10 à 40 mg. D'autres sources, toutefois, ont suggéré une dose initiale de l'ordre de 15 à 30 mg (Brands et coll., 2000, 236) ou de 20 à 40 mg (Lowinson et coll., 1997, 408). Brands et coll.(2000, 236) citent l'étude de Caplehorn, selon laquelle des doses initiales de plus de 40 mg ont été responsables de décès après trois jours de traitement.

Selon Lowinson et coll. (1997, 408), la gravité des symptômes de sevrage n'est pas nécessairement une indication d'un niveau de tolérance plus élevé ou de la nécessité de doses initiales ou d'entretien plus élevées. Selon Drummer et coll. (cités dans Ward et coll., 1998h, 211), dans le cas de personnes intolérantes, une dose dépassant 40 à 60 mg pourrait être mortelle. Ward et coll. (1998h, 213) arrivent à la conclusion que la dose initiale devrait être établie à partir d'une évaluation soignée faite par un médecin possédant de l'expérience de la dépendance aux opiacés.

Certains auteurs citent des indices qui suggèrent que des doses fractionnées, c'est-à-dire deux fois par jour (Institute of Medicine [IOM], cité dans Strain, 1999a,54) ou des doses en séries (Ward et coll., 1998h, 213) pourraient être utiles lorsque les cliniciens sont incertains du niveau de tolérance. On doit prendre des précautions additionnelles en établissant les doses de personnes souffrant d'une grave perturbation du fonctionnement du foie (Ward et coll.,1998h, 213).

Induction

Au cours de l'étape d'induction (Lowinson et coll., 1997, 408), la dose initiale est graduellement augmentée pendant plusieurs semaines afin d'atteindre un niveau suffisant et sans danger (Ward et coll., 1998h, 211). Selon Brands et coll. (2000, 236), on peut stabiliser la dose de méthadone de la plupart des client(e)s ou patient(e)s dans les deux à six semaines du début du traitement.

La méthadone a une longue demi-vie d'élimination de 24 à 36 heures, ce qui signifie que, 24 heures après la dose initiale, la moitié de la dose originale se trouve encore dans le corps (Lowinson et coll., 1997, 408). La méthadone peut s'accumuler dans les tissus pendant les doses successives (Ward et coll., 1998h, 213). Cela signifie que le niveau de méthadone peut augmenter, même sans augmentation de la dose elle-même (Lowinson et

coll., 1997, 408). L'accumulation continue jusqu'à l'établissement d'une concentration d'équilibre, après quatre ou cinq demi-vies (Lowinson et coll., 1997, 408). Comme l'établissement d'un niveau plasmatique stationnaire de méthadone peut exiger jusqu'à cinq jours, et comme Caplehorn a démontré que la longue demi-vie de la méthadone peut avoir pour résultat une accumulation de la méthadone, susceptible de provoquer une surdose une ou deux semaines après le commencement du traitement[14], Brands et coll. (2000, 236-237) suggèrent que les ajustements des doses de méthadone de l'ordre de 5 à 15 mg soient faits seulement tous les trois ou quatre jours, « dépendant de la gravité et de la durée quotidienne des symptômes de sevrage ou des envies de drogue du(de la) patient(e) ».

Lowinson et coll. (1997, 408) divisent la phase d'induction en deux parties. Pendant la première partie, on met l'accent sur le soulagement des symptômes de sevrage et la réduction de l'envie de drogue en établissant une dose équivalente au niveau établi de tolérance opiacée. Pendant la deuxième partie, il s'agit d'augmenter ou de réduire la dose jusqu'à un niveau suffisant pour obtenir l'effet désiré (p. ex., prévenir ou limiter les symptômes de sevrage, prévenir ou réduire l'envie de drogue, prévenir les rechutes, ramener ou tendre à ramener les fonctions physiologiques affectées à leur état normal). Par exemple, on pourrait avoir besoin d'augmenter les doses pour arriver à un effet de tolérance croisée ou de blocage et décourager ainsi l'usage des opioïdes illicites, ou chercher une dose plus faible mais quand même efficace. Brands et coll. (2000, 237) suggèrent : « quand on a atteint une dose quotidienne de 60 à 80 mg, le taux et l'ampleur des ajustements de dosage devraient être limités à pas plus de 5 à 10 mg toutes les semaines ou toutes les deux semaines ».

Entretien

Pendant la phase d'entretien, une dose suffisante et stable de méthadone est administrée pendant une période indéfinie. On obtient et maintient un niveau plasmatique stationnaire de méthadone, parfois pendant de longues périodes de temps (Lowinson et coll., 1997, 408). Brands et coll. (2000, 237) observent qu'une surveillance continue de la suffisance de la dose se fonde sur la description de leurs symptômes de sevrage faite par les client(e)s ou patient(e)s eux(elles)-mêmes. Ils suggèrent qu'on devrait demander à ces derniers(ères) combien de temps la méthadone continue à soulager les symptômes de sevrage. La dose optimale est celle qui est efficace toute la

14 Nous encourageons le lecteur qui a besoin de plus de renseignements au sujet des moyens de prévenir les surdoses de méthadone à consulter les lignes directrices fédérales (Santé et Bien-être social Canada, 1992), ainsi que les lignes directrices provinciales pertinentes (s'il y en a).

nuit. Ils suggèrent que les ajustements de doses ne soient pas utilisés comme un moyen de récompenser les client(s)s ou patient(e)s, faisant remarquer que les augmentations de doses n'encouragent pas nécessairement les client(e)s ou patient(e)s à chercher à obtenir des doses plus fortes que nécessaire. Ils citent à cet effet la recherche de Resnick, Butler et Washton, qui indique plutôt que les client(e)s ou patient(e)s auxquel(le)s on a permis d'ajuster eux-mêmes leurs doses n'ont apporté « que des ajustements modérés, bien en dessous de la dose maximale possible » (Brands et coll., 2000, 237).

La question de la suffisance des doses fait également l'objet d'un débat de longue date au sujet des avantages des doses élevées de méthadone par rapport aux faibles doses. Ce débat se rapporte en bonne partie à ce qu'on considère un niveau « approprié » (Ward et coll., 1998h, 214). La remise en question du protocole original à doses élevées établi par Dole et Nyswander a mené à la mise au point aux États-Unis de programmes de méthadone à faible dose. Toutefois, les constatations de la recherche ont tendance à appuyer le protocole original à doses élevées. Par exemple, dans une étude récente de Strain, Bigelow, Liebson et Stitzer (1999, résumé), les traitements à doses modérées aussi bien qu'à doses élevées de méthadone ont permis une réduction de l'usage des opioïdes illicites, mais le groupe des personnes traitées au moyen de doses plus élevées est parvenu à réduire beaucoup plus considérablement sa consommation de ces drogues illicites. Brands et coll. (2000, 236) observent que la recherche de Strain, Stitzer et coll. et celle de Caplehorn et Bell ont suggéré que des doses de méthadone plus élevées (supérieures à 60 mg par jour) sont plus efficaces que les doses plus faibles en termes de rétention des client(e)s ou patient(e)s et de réduction de l'héroïnomanie.

Quant à déterminer quelles devraient être les limites de la dose de méthadone, les sources consultées dans le cadre de la présente étude, soit ne fixent pas de limites précises (Lowinson et coll., 1997, 408), soit suggèrent des échelles de doses quotidiennes très variées : de 50 à 100 mg par jour (Ward et al, 1998h, 214), de 20 à100 mg par jour, selon les besoins (Strain, 1999b, 81), ou de 50 à 120 mg par jour (Brands et coll., 2000, 236). Certaines personnes prenant de la méthadone pourraient avoir besoin de plus de 100 mg par jour (Strain et coll., cités dans Leavitt, Shinderman, Maxwell, Chin et Paris 2000, 408). L'aspect clé de la détermination de la dose, selon Brands et coll. (2000, 236), est de fournir une « dose optimale » c'est-à-dire la dose qui « soulage les symptômes de sevrage et l'envie de drogues sans sédation ou autres effets secondaires ».

[*La réduction graduelle de la dose de méthadone (Voir la section 5.6)*]

5.4 Durée du traitement

Ward et coll. (1998b, 330) étudient la viabilité des approches à long et à court terme, y compris des études de la durée du traitement et du résultat postérieur au traitement, des causes de l'abandon du traitement et des résultats qui s'ensuivent, ainsi que des facteurs permettant de prédire le taux de rétention. Ils (Ward et coll.,1998b, 329) arrivent à la conclusion qu'un traitement d'entretien à la méthadone à court terme va convenir uniquement à une minorité des personnes dépendantes des opioïdes. Ces personnes ont tendance à être celles qui n'ont pas été dépendantes des opioïdes pendant très longtemps et ont accès à d'importantes ressources sociales et psychologiques.

La majorité des client(e)s ou patient(e)s vont recommencer à utiliser l'héroïne s'ils(elles) cessent de prendre de la méthadone (Ward, Mattick & Hall, cités dans Ward, Mattick et Hall, 1998c, 337). Selon Lowinson et coll. (1997, 412), Ball and Ross « ont trouvé que 82 p. 100 des patient(e)s avaient recommencé à faire usage de drogues intraveineuses après avoir abandonné le traitement depuis 10 mois ou plus, et que presque la moitié (45,5 p. 100) avaient recommencé après avoir quitté le traitement depuis un à trois mois ». Ward et coll. (1998b, 329) ont conclu que l'objectif du traitement, dans le cas de la plupart des personnes dépendantes des opioïdes, devrait être *l'entretien* à la méthadone, parce que l'orientation vers l'entretien accroît la probabilité que les gens poursuivent leur traitement, et profitent de ce fait de tous les avantages personnels (et sociaux) qu'ils peuvent en retirer. Lowinson et coll. (1997, 412) font également observer que Ball et Ross avaient trouvé que la durée du traitement était « le facteur le plus important quant aux résultats ».

Dans leur sommaire, Ward et coll. (1998b, 330-31) suggèrent que « les résultats ne permettent pas de fixer une durée optimale de l'entretien à la méthadone susceptible de convenir à toutes les personnes ». Ils observent également que certains indices suggèrent que la majorité des gens ont plus de chances de tirer avantage de deux à trois ans d'entretien à la méthadone plutôt que de périodes plus courtes. De façon générale, toutefois, les périodes plus longues sont préférables, parce qu'on a établi une relation entre la participation de plus longue durée au traitement et l'obtention de meilleurs résultats, particulièrement la réduction de l'usage d'opioïdes illicites et de l'activité criminelle. Les personnes qui abandonnent le traitement d'entretien à la méthadone avant d'avoir apporté des changements considérables dans leurs vies sont plus susceptibles de revenir à l'usage des opioïdes et à l'activité criminelle. Pour la plupart des personnes dépendantes des opioïdes, limiter la durée du traitement, que ce soit pour des raisons financières ou à cause des principes directeurs du programme, a de graves conséquences négatives.

Ward et coll. (1998b, 331) arrivent à la conclusion que « la durée optimale de l'entretien à la méthadone est donc : pour aussi longtemps que le(la) patient(e) a intérêt à prendre une dose quotidienne de méthadone, et de plus, étant donné la nature chronique et la tendance à revenir à la dépendance aux opiacés, il n'y a aucune raison de croire qu'il puisse s'agir d'une courte période de temps, aussi longtemps que l'héroïne restera relativement facile à trouver dans notre société ».

On devrait considérer avec beaucoup de prudence l'abandon involontaire du traitement, étant donné les conséquences possibles de cette expulsion. Lowinson et coll. (1997, 412) observent que Dole et Joseph « ont trouvé que le taux de décès chez les personnes expulsées étaient de plus du double de celui des patient(e)s continuant à recevoir le traitement ». La principale différence quant aux causes de décès était l'augmentation des décès liés aux drogues après l'expulsion. Bien que l'étude ait trouvé une forte augmentation des décès liés aux narcotiques après expulsion du traitement, depuis ce temps, l'épidémie de SIDA est arrivée, et « dès 1986, le SIDA est devenu la principale cause de décès chez les patient(e)s ayant participé aux programmes d'administration de la méthadone de la ville de New York ». Des recherches récentes effectuées par Salsitz, Joseph, Frank, Perez, Richman, Salomon, Kalin et Novick (2000, 392) ont permis de constater que les complications à la suite d'infection au VHC étaient la deuxième cause la plus commune de décès chez les client(e)s ou patient(e)s d'un programme de traitement d'entretien à la méthadone, après le tabagisme et les maladies qui s'y rapportent (Lowinson et coll., 1997, 412).

5.5 L'analyse d'urine et la surveillance de l'utilisation de drogues en cours de traitement

5.5.1 La raison d'être de l'analyse d'urine

Au Canada, comme dans la plupart des autres pays, les personnes traitées au moyen de l'entretien à la méthadone doivent fournir des échantillons d'urine pour examen toxicologique. Ces échantillons sont étudiés à la fois pour surveiller la fidélité à l'usage de la méthadone et pour confirmer l'usage d'autres drogues tel qu'indiqué par les client(e)s ou patient(e)s. Bien que l'analyse d'urine ait toujours été un élément de la plupart des traitements à la méthadone et que les résultats en aient été utilisés principalement pour des fins de gestion des patient(e)s, d'évaluation des programmes et de recherche (Ward, Mattick et Hall, 1998i, 240), elle est quand même controversée. Ward et coll. (1998i, 259) font observer que l'analyse d'urine ne fait que mesurer l'usage de drogues à titre de résultat, mais qu'il y a beaucoup d'autres résultats importants dont on devrait tenir compte, comme une meilleure santé, une amélioration du fonctionnement social et psychologique et une réduction des activités criminelles.

5.5.2 Avantages et inconvénients

Ward et coll. (1998i, 242-243) résument comme suit les avantages et inconvénients suggérés de l'analyse d'urine (voir le tableau 5) :

Tableau 5
(à partir de Ward et coll., 1998i, 242-243)

Avantages de l'analyse d'urine	Inconvénients de l'analyse d'urine
• Moyen objectif de mesurer l'usage de drogues sur lequel fonder les décisions cliniques • Surveillance de l'usage de drogues illicites dans le but d'évaluer le programme • Surveillance de la fidélité du(de la) patient(e) à prendre la méthadone • Réduction de l'usage de drogues illicites • À propos des résultats pour fins juridiques • Fondement des liens établis entre les membres du personnel et les client(e)s ou patient(e)s	• Suggère qu'on se méfie des patient(e)s • Humiliation des patient(e)s et des membres du personnel • Inexactitude à titre d'indicateur de la toxicomanie • Coût

Ward et coll. (1998i, 244-249) observent que la méthode la plus sûre de déceler l'utilisation de drogues est de prélever des échantillons d'urine tous les jours, mais que ce n'est pas normalement une solution pratique à cause du coût, du temps et des inconvénients pour les client(e)s ou patient(e)s. Par conséquent, les programmes ont recours à un certain nombre d'approches différentes, p.ex., des calendriers indiquant des jours fixes et des jours aléatoires (y compris une sélection aléatoire des échantillons recueillis chaque jour, des calendriers à intervalles fixes et à intervalles aléatoires), dont aucune ne garantit une fiabilité totale en termes de détection de l'usage de drogues, pour différentes raisons.

Le prélèvement sous surveillance d'échantillons d'urine est une pratique courante qui a pour but de garantir que les échantillons ne sont pas altérés. Sans surveillance, toutefois, Ward et coll. (1998i, 248) observent « qu'il est probablement impossible de mettre au point un système de collecte à l'abri des altérations ». Par contre, de graves effets négatifs découlent de la surveillance, y compris l'humiliation des client(e)s ou patient(e)s aussi bien que des membres du personnel. Selon Ward et coll.(1998i, 249) : « Il faut

analyser dans quelle mesure les effets négatifs de la surveillance des patient(e)s en valent la peine lorsqu'on les compare à la nécessité d'obtenir des résultats exacts lors des analyses ».

En se fondant sur leur étude des indices, Ward et coll. (1998i, 251) arrivent à la conclusion que, si l'objectif principal de l'analyse d'urine est de déceler l'usage de drogues illicites, les résultats de la recherche suggèrent qu'il s'agit d'un moyen peu efficace de décourager la toxicomanie. Ils affirment : « En se fondant sur les preuves *disponibles*, on doit conclure que rien ne prouve avec certitude que l'absence d'analyses d'urine mène à une augmentation de l'usage de drogues illicites ».

5.5.3 L'organisation des contingences

En dépit du fait qu'il existe peu de preuves que l'analyse d'urine soit un moyen de faire baisser l'usage de drogues illicites, Ward et coll. (1998i, 252) font remarquer qu'on a accordé beaucoup d'importance à la meilleure façon d'utiliser les résultats de l'analyse d'urine pour modifier le comportement des toxicomanes. Une bonne partie de ces travaux ont comporté le recours aux techniques de modification du comportement (ou d'organisation des contingences), c'est-à-dire l'octroi de privilèges pour servir de renforcements positifs, comme des doses plus élevées et la permission d'apporter des doses à la maison lorsque les tests ne révèlent pas la présence de drogues illicites, et des renforcements négatifs comme la réduction des doses ou l'expulsion du traitement dans le cas contraire.

Il y a des différences d'opinions considérables entre les divers auteurs en ce qui concerne l'efficacité de l'organisation des contingences. Selon une étude de Robles, Silverman et Stitzer, (1999, 196), ces techniques sont efficaces lorsqu'elles sont utilisées pour modifier une gamme de comportements, y compris l'abstinence de drogues. Ces auteurs (Robles et coll., 1999, 218) arrivent à la conclusion que : « Dans leur ensemble, les résultats démontrent clairement qu'il est possible de faire baisser la toxicomanie quand des conséquences positives (comme le privilège d'apporter la méthadone à la maison, l'augmentation des doses, de l'argent) sont présentées pour récompenser l'abstinence ou quand des conséquences négatives (comme la diminution des doses, l'expulsion du traitement) viennent punir l'abus continu de drogues ».

L'étude de Ward et coll. (1998i, 254) offre une interprétation assez différente. Ils font remarquer que « bien qu'il existe des indices suggérant l'utilité des augmentations ou diminutions de doses pour décourager l'usage de drogues illicites chez les patient(e)s qui reçoivent de la méthadone, seule la permission d'apporter la méthadone à la maison a fait

l'objet de nombreuses évaluations qui en ont établi l'efficacité ». De plus, les programmes qui se servent des conséquences négatives ont tendance à obtenir de faibles réductions de l'utilisation de drogues, et les taux d'abandon sont élevés. Étant donné que les personnes qui ne reçoivent pas de traitement sont très exposées aux infections par le VIH, le VHC et les autres agents pathogènes véhiculés par le sang, les pratiques susceptibles de faire augmenter le taux d'abandon sont de plus en plus remises en question.

Bien que Robles et coll. (1999, 218-219) observent que « les stimulus aversifs risquent de provoquer l'abandon du traitement et les résultats négatifs qui s'ensuivent, » ils semblent de façon générale appuyer fortement le recours aux techniques d'organisation des contingences dans le cadre du traitement à la méthadone. Toutefois, Ward et coll. (1998i, 253) présentent une critique beaucoup plus forte des méthodes axées sur les renforcements négatifs, avec pour conclusion : « Bien que populaire autrefois, le recours aux conséquences négatives et à l'expulsion du traitement lorsque les échantillons d'urine révèlent l'usage de drogues jouit de peu d'appui au niveau expérimental et pourrait avoir de graves conséquences publiques et personnelles ». Ces auteurs (Ward et coll., 1998i, 254) avancent que ce genre de décision ne devrait être prise qu'en dernier recours à cause de ses conséquences, c'est-à-dire infliger aux client(e)s ou patient(e)s la douleur d'une expulsion.

5.5.4 Auto-évaluation de l'usage de drogues

Le recours à l'analyse d'urine pour surveiller l'usage de drogues se fonde sur l'hypothèse selon laquelle on ne peut pas faire confiance aux personnes qui reçoivent le traitement lorsqu'il s'agit de reconnaître leur propre usage de drogues. Mais les travaux de recherche passés en revue par Ward et coll. (Magura et coll.; Magura & Lipton, cités dans Ward et coll.,1998i, 254-255) suggèrent que, dans certaines circonstances, les gens vont déclarer avec une exactitude raisonnable leur usage de drogues. Toutefois, ces circonstances n'ont habituellement pas été constantes dans les programmes d'entretien à la méthadone. Magura et coll. (cités dans Ward et coll., 1998i, 255) ont constaté que la déclaration par les client(e)s ou patient(e)s eux(elles)-mêmes fournit autant d'informations au sujet de l'usage de drogues que les analyses d'urine, mais que les deux méthodes utilisées ensemble sont plus révélatrices que l'une ou l'autre utilisée seule. Ward et coll. (1998i, 260) arrivent à la conclusion que « la recherche a toujours démontré que, dans les situations où les patient(e)s recevant de la méthadone n'ont pas à s'inquiéter d'être puni(e)s, ils(elles) vont dire la vérité au sujet de leur usage de drogues ». Une étude récente de Darke

(1998a, 262) a passé en revue la documentation portant sur la fiabilité et la validité de la déclaration par les personnes elles-mêmes de leur usage de drogues, de leur criminalité et des risques qu'elles ont pris en ce qui concerne l'usage de drogues injectables et le VIH. Darke conclut que « les déclarations de leurs comportements illicites par les toxicomanes eux(elles)-mêmes sont suffisamment fiables et valides pour fournir une description de l'usage de drogues par ces personnes, des problèmes liés à la drogue qui se présentent à eux (elles) et de l'évolution naturelle de leur toxicomanie ».

5.5.5 Les analyses de cheveux

Il est important de faire remarquer qu'il existe d'autres choix quant à la surveillance de l'usage de drogues, susceptibles de présenter certains avantages aux praticiens et aux personnes recevant le traitement. Par exemple, selon McPhillips, Strang et Barnes (1998, 287), l'analyse des cheveux est « un nouvel instrument puissant qui devrait être plus souvent utilisé dans la pratique clinique et la recherche en psychiatrie ». Selon les études passées en revue par DuPont et Baumgartner (1995, Résumé), l'analyse des cheveux est plus efficace que l'analyse d'urine pour dépister les utilisateurs de drogues.

5.6 Le sevrage graduel de la méthadone

Dans le contexte du traitement d'entretien à la méthadone, l'expression « sevrage graduel » comprend des mesures qu'on appelle souvent soit « gestion du sevrage », soit « désintoxication ».

En se fondant sur leur étude, Ward et coll. (1998c, 353) arrivent à la conclusion qu'il est nécessaire de contrôler le syndrome du sevrage de la méthadone et de tenir compte de la peur que ressentent les gens lorsqu'il est question d'abandonner graduellement la méthadone. Ils suggèrent que le processus de sevrage graduel devrait comporter :

- une réduction graduelle de la dose de méthadone[15];
- une approche personnalisée liée au taux de réduction de la dose;

15 Selon Brands et coll. (2000, 246), Senay, Dorus et coll. ont démontré que des réductions graduelles de 5 mg par semaine ou moins obtiennent plus de succès que les diminutions plus rapides, et il pourrait être nécessaire de procéder encore plus lentement lorsque la dose descend en dessous de 20 mg.

- la participation des client(e)s ou patient(e)s aux processus de prise de décisions, par exemple, lorsqu'il s'agit de décider s'il convient de réduire les doses sans que le(la) client(e) ou patient(e) ne soit au courant (Ward et coll., 1998c, 354);

- la fourniture d'une information exacte au sujet du sevrage graduel pendant qu'il se produit;

- un counseling de soutien pendant la période de transition de l'entretien à l'abstinence;

- si possible, la continuation du counseling quand l'administration de méthadone a cessé d'aider à surmonter le syndrome post- méthadone (Ward et coll., 1998c, 355);

- si possible, la participation à des programmes et services de suivi (Ward et coll., 1998c, 355).

Selon Ward et coll. (1998c, 354), la période de sevrage graduel est très difficile à traverser pour les client(e)s ou patient(e)s, ce qui fait qu'on devrait considérer le processus de désengagement comme faisant partie du processus de traitement plutôt que la fin du traitement.

Parce que la possibilité de rechute est tellement forte, Ward et coll. observent qu'il faudrait aviser les gens qui désirent abandonner la méthadone que le sevrage graduel reste un choix, mais qu'il est également possible de continuer l'entretien à la méthadone et d'avoir une vie satisfaisante (Ward et coll., 1998c, 353). Dans certains cas, les gens qui n'ont plus besoin d'un traitement hautement structuré pourraient être capables d'obtenir un entretien « médical » (Novick & Joseph, cités dans Ward et coll., 1998c, 338).

La décision en faveur d'un sevrage graduel peut être influencée par l'un ou l'autre des facteurs suivants, ou par tous :

- les attentes des client(e)s ou patient(e)s concernant la diminution graduelle facile et rapide des doses de méthadone;

- des pressions de la part des parents et amis qui pourraient ne pas comprendre que le rétablissement est un processus à long terme; l'impression que se font les client(e)s ou patient(e)s du stigmate associé au traitement à la méthadone, ou encore les croyances et les attitudes des membres du personnel en ce qui concerne l'abstinence, la méthadone ou les deux (Ward et coll., 1998c, 354).

Les inconvénients que présente la nécessité de se présenter régulièrement à la pharmacie, au cabinet du médecin ou du conseiller ou à la clinique pourrait aussi contribuer au désir de mettre fin au traitement.

Comme le font observer Ward et coll., (1998c, 354) : « Une approche axée sur les patient(e)s, lorsqu'il s'agit de ces questions, signifie que les membres du personnel adaptent leurs attitudes au sujet du traitement au(à la) patient(e) plutôt qu'à leurs propres croyances concernant la désirabilité d'une pratique ou d'une autre ».

Partie 6 : Le milieu et l'équipe responsable du programme

6.1 La formation

La façon de présenter le traitement d'entretien à la méthadone par les membres de l'équipe, y compris leurs attitudes vis-à-vis du traitement et des gens qui le reçoivent, sont des facteurs importants des résultats du traitement (Ball & Ross, cités dans Bell, 1998b, 362). Par exemple, Caplehorn, Lumley et Irwig (1998, 60) ont constaté qu'on peut associer la rigidité de l'engagement des membres de l'équipe envers un traitement axé sur l'abstinence à une rétention moindre de la part des client(e)s ou patient(e). Ils observent que les résultats de leur étude « mettent en lumière la nécessité de porter plus d'attention aux attitudes, aux croyances et aux pratiques de travail du personnel du programme de traitement à la méthadone ». Ils affirment que les membres de l'équipe doivent être « mieux choisis, formés et dirigés » (Caplehorn et coll., cités dans Caplehorn et coll., 1998, 60) et font observer qu'une étude connexe a trouvé qu'il est possible de changer les attitudes du personnel au moyen « d'un énoncé clair de la politique officielle et d'une campagne de formation s'y rapportant » (Caplehorn et coll., cités dans Caplehorn, et coll. 1998, 60).

Le fait que les membres de l'équipe et « leurs principes, leurs attitudes et leurs croyances concernant le traitement » exercent une influence sur les résultats du traitement signifie que la formation du personnel assurant les services médicaux, d'administration des médicaments ou de counseling pourrait être un facteur clé de l'amélioration des résultats du traitement (Ball & Ross; Szapocznik & Ladner; Bell et coll., cités dans Bell, 1998b, 362). De plus, l'éducation assure non seulement les connaissances et les compétences, mais également la motivation et la participation des médecins (Bell, 1998b, 362-63).

Bell (1998b, 362-363) décrit des activités de formation en Australie qui ont cherché à répandre le traitement d'entretien à la méthadone dans les établissements de soins primaires en assurant la formation des médecins de soins primaires et des pharmaciens. Il résume également le travail d'un comité national qui a passé en revue les éléments du traitement, les compétences nécessaires et qui a cerné les secteurs suivants (y compris des objectifs d'apprentissage particuliers et les compétences nécessaires dans chaque secteur) :

- l'évaluation : établir l'à-propos du traitement, et procéder ensuite à une évaluation complète des questions relatives à la santé, au bien-être et aux facteurs psychologiques;

- l'établissement d'ordonnances efficaces et sans danger;
- l'administration d'un traitement bien structuré;
- la satisfaction des besoins personnels en matière de soins de santé des personnes recevant le traitement;
- l'importance de toujours avoir une conduite professionnelle en administrant le traitement.

Bell (1998b, 375) affirme que l'expérience australienne démontre la valeur d'une formation initiale et continue qui comprend un éclaircissement des valeurs combiné aux preuves empiriques se rapportant au traitement des dépendances. Bell suggère que la formation aide au recrutement de professionnels et que sa valeur est reconnue par les membres du personnel de programmes existants. En même temps, Bell ajoute une mise en garde, faisant remarquer que « la formation ne peut pas remplacer les ressources qu'on aurait dû consacrer au traitement ».

6.2 Le milieu dans lequel le programme est présenté

Selon Bell (1998a, 166), la façon d'organiser les programmes de traitement est « presque certainement un élément important de l'efficacité », mais elle n'a pas fait l'objet de recherches suffisantes. Une approche structurée présente un certain nombre d'avantages. Elle garantit la sécurité des client(e)s ou patient(e)s et des membres du personnel, en prévenant notamment le harcèlement de la part des membres du personnel et des autres client(e)s ou patient(e)s, et elle assure l'équitabilité et l'uniformité ou la fiabilité du traitement. Elle exige l'imposition de limites sûres : l'explication et l'application uniforme de règles et d'attentes claires. Une approche structurée exige également une présence quotidienne parce que c'est important pendant les premières étapes du traitement. En même temps, toutefois, la présence quotidienne ne devrait pas devenir un « obstacle à la réintégration sociale ». De plus, une approche structurée peut servir à remplacer l'activité criminelle et la recherche de drogues, faciliter l'établissement de relations avec les client(e)s ou patient(e)s, et accroître la sécurité du traitement en réduisant au minimum le risque de détournement, d'injection et d'usage de quantités irrégulières de médicament. Une approche structurée offre également l'occasion de fournir une information pertinente aux moments appropriés (Bell, 1998a, 167). Elle permet au personnel du programme d'établir une relation thérapeutique (Bell, 1998a, 168). Il faut qu'elle soit cohérente, c'est-à-dire que ses politiques soient claires et sans contradictions (Bell, 1998a, 169).

Parmi les obstacles à l'établissement d'un milieu permettant un programme de traitement efficace, mentionnons : les obstacles liés aux attitudes, y compris les suppositions se rapportant à l'abstinence, les attitudes négatives concernant le soulagement des symptômes (Bell, 1998a, 170), la création d'obstacles au traitement pour mesurer le degré de motivation, les faibles doses de méthadone, les traitements à temps limité, l'orientation axée sur l'abstinence, les règlements axés sur le contrôle et les politiques qui créent une attitude d'opposition entre les patient(e)s et les membres du personnel » (Bell, 1998a, 171), la détérioration du moral des membres du personnel à cause du stress dans leur milieu de travail, les conflits se rapportant aux objectifs du traitement et l'absence d'un esprit d'équipe, un financement insuffisant, un mauvais entretien des installations.

Bell présente un certain nombre de suggestions au sujet de la façon d'améliorer le milieu dans lequel un programme est présenté, par exemple :

- en utilisant une « culture » du milieu de traitement selon laquelle toutes les relations avec les client(e)s ou patient(e)s font partie des soins qu'on leur apporte : « Ainsi, les problèmes posés par la colère, les conflits et le passage à l'acte deviennent des éléments du matériel avec lequel on travaille plutôt que des irritants ou des obstacles au bon fonctionnement de la clinique » (Bell, 1998a, 173);

- en installant le service de traitement à la méthadone dans des établissements de soins primaires, avec pour avantages une meilleure anonymité, moins de stigmatisation, une meilleure accessibilité, moins de flânage, etc. (Bell, 1998a, 173);

- dispenser des doses suffisantes et corriger l'ambivalence des client(e)s ou patient(e)s vis-à-vis de la méthadone;

- des programmes de traitement structurés et bien organisés avec des principes directeurs et des objectifs précis, des descriptions de tâches claires, des voies de communication bien définies et des réunions régulières des équipes;

- une admission rapide;

- l'explication des politiques et des attentes dès le début du traitement;

- l'établissement d'évaluations détaillées et la mise au point de plans de traitement;

- la tenue de dossiers clairs, contenant des documents décrivant les problèmes clés des client(e)s ou patient(e)s.

Partie 7 : Facteurs particuliers

Les personnes qui entreprennent un traitement d'entretien à la méthadone ont des besoins nombreux et très variés se rapportant à leur utilisation de drogues et aux autres circonstances de leurs vies. Une approche axée sur les client(e)s ou les patient(e)s doit tenir compte des besoins multiples de divers groupes de client(e)s ou patient(e)s.

7.1 Le TEM et les polytoxicomanes

L'usage de plusieurs drogues chez les personnes qui reçoivent un traitement d'entretien à la méthadone est très commun. Bien que le traitement d'entretien à la méthadone soit une forme de traitement efficace, on ne peut pas le considérer comme une cure de la dépendance aux opiacés. À partir de leurs études, les chercheurs arrivent à la conclusion que de nombreuses personnes qui bénéficient de ce traitement continuent toujours à utiliser des drogues illicites, bien qu'à un degré moindre (Hall et coll., 1998b, 50). Les substances les plus couramment utilisées comprennent l'héroïne, la cocaïne, les benzodiazépines, l'alcool, la marijuana et le tabac (Stitzer et Chutuape, 1999, 86).

La plupart des personnes dépendantes des opioïdes ont des antécédents de comportements axés sur l'usage de substances nombreuses. Dans leur étude des comportments liés à l'utilisation de d'autres substances, Stitzer et Chutuape (1999, 87) citent une étude effectuée par Brooner et coll., qui a trouvé que les client(e)s ou patient(e)s pouvaient avoir des problèmes de dépendance de substances aussi nombreuses que quatre ou cinq, et ce chiffre est encore plus élevé chez les client(e)s ou patient(e)s souffrant de troubles de comorbidité psychiatrique, y compris le trouble de personnalité antisocial. Ils observent que la prévalence de l'usage de substances chez les client(e)s ou patient(e)s traité(e)s à la méthadone, selon l'étude de Brooner et coll., était la suivante : cocaïne (vie durant), 77 p. 100, (actuelle) 43 p. 100; alcoolisme, 25 p. 100; marijuana, 20 p. 100 et benzodiazépines, 20 p. 100. Stitzer et Chutuape font également observer que d'autres études ont constaté des taux plus élevés d'usage de la marijuana (ils citent Nirenberg et coll.) et de tabagisme (92 p. 100).

Jusqu'à 60 p. 100 des client(e)s ou patient(e)s des services de méthadone continuent à utiliser l'héroïne, mais, comme le font remarquer Stitzer and Chutuape (1999, 88), l'ampleur et la fréquence de l'usage de l'héroïne sont moins fortes que les taux antérieurs au traitement. Ils observent que l'héroïnomanie pendant le traitement est affectée par « les doses d'entretien à la méthadone, » ainsi que par la durée de participation au traitement (avec une diminution du

taux avec le temps), et par le degré de tolérance du programme pour ce comportement. De plus, on a établi l'existence de liens avec l'usage de substances différentes, notamment :

- les personnes qui ont utilisé de la cocaïne pendant les trois derniers mois du traitement étaient six fois plus susceptibles d'avoir utilisé de l'héroïne pendant le traitement que celles qui n'avaient pas utilisé de cocaïne (Hartel et coll., cités dans Stitzer & Chutuape, 1999, 88);

- on associe l'usage de cocaïne et de benzodiazépine avec des « taux plus élevés d'héroïnomanie, des comportements plus risqués et une moins bonne réaction au traitement » (Stitzer & Chutuape, 1999, 92).;

Bien qu'une bonne partie de la recherche indique que les toxicomanies, y compris l'héroïnomanie, ont tendance à diminuer pendant le traitement d'entretien à la méthadone (Hartel et coll., cités dans Stitzer & Chutuape, 1999, 88-89), l'usage continu des opioïdes est courant. Par exemple, Belding, McLellan, Zanis et Incmikosk (1998, 490-491) ont trouvé qu'une proportion considérable (22 p. 100) des personnes recevant de la méthadone à leur centre continuaient à faire usage d'opioïdes illicites après au moins six mois de traitement. Étant donné qu'il existe de fortes raisons d'essayer de réduire l'usage des opioïdes illicites, les interventions efficaces d'entretien à la méthadone pourraient exiger, soit des interventions d'accroissement de la motivation (Saunders, Wilkinson & Phillips, cités dans Belding et coll. 1998, 491), soit des contingences externes (Brooner et coll., McCarthy & Borders; Silverman et coll., cités dans Belding et coll., 1998).

L'examen effectué par Stitzer and Chutuape (1999) fournit un survol utile des risques médicaux, psychologiques et du comportement que courent les personnes qui continuent à abuser d'autres substances pendant le traitement d'entretien à la méthadone. On trouvera un résumé de cette information dans le tableau 6[16].

16 Nous encourageons les lecteurs à consulter Brands et Janecek (2000) pour trouver de l'information sur les intéractions possibles entre les drogues. Veuillez aussi vous référer à Gourevitch et Friedland (2000) pour un article approfondi sur les intéractions potentielles entre la méthadone et les médicaments utilisés pour traiter les infections au VIH.

Tableau 6
(À partir de Stitzer & Chutuape, 1999, 89, 89-92)

Substance	Risques
Héroïne	• Exposition à l'infection par le VIH, à l'hépatite B et C, à des abcès, à d'autres infections provoquées par l'usage de matériel contaminé. • Dépendance physique croissante et niveaux croissants de symptômes de sevrage (fondés sur la « spéculation »). • Relations continues avec des toxicomanes et exposition au mode de vie axé sur l'usage de drogues.
Cocaïne	• Exposition à l'infection par le VIH, à l'hépatite B et C, à des abcès, à d'autres infections provoquées par l'usage de matériel contaminé. • Relations continues avec des toxicomanes et exposition au mode de vie axé sur l'usage de drogues. • Grave hypertension artérielle. • Rupture aortique. • Circulation restreinte du sang vers les organes (crises cardiaques, dommages aux reins et à l'intestin. • Fausses couches. • Perturbation du placenta. • Décès causé par des complications médicales. • Décès causé par des traumas et des blessures (homicide, suicide, accidents). • Confusion mentale, anxiété, crises de panique, délire agitant, psychose paranoïde.
Benzodiazépines	• Sédation. • Perte de mémoire (possibilité accrue de comportement à risque). • Surdose (en combinaison avec une autre drogue sédative). • Suicide. • Dépendance physique et symptômes de sevrage (anxiété réactionnelle et agitation, insomnie, tension, sudorification, tremblements, acouphènes, sensibilité accrue au bruit et à la lumière et déformations sensorielles et perceptives, délire de sevrage et crises cérébrales). • Accidents de la circulation (particulièrement lorsqu'il y a aussi consommation d'alcool).

Tableau 6
(À partir de Stitzer & Chutuape, 1999, 89, 89-92)
(suite)

Substance	Risques
Alcool	• Mortalité accrue. • Comportements perturbateurs. • Éclipses. • Comportements agressifs ou violents. • Arrestations. • Accidents. • Perte d'emploi. • Dislocation de la vie familiale. • Détérioration de la santé mentale et physique : maladie du foie menant à des déficiences cognitives aiguës et chroniques, maladies du coeur, des reins et du sang. • Décès. • Interruption prématurée du traitement pour cause d'absentéisme et de comportements perturbateurs à la clinique.
Marijuana	• Manque de coordination motrice • Perte de mémoire • Anxiété et crises de panique • Déformations perceptives • Psychose toxique • Maladies pulmonaires : bronchite, emphysème, cancer du poumon
Tabac	• Risque plus élevé de mortalité et de morbidité (comme chez l'ensemble de la population) : crises cardiaques, accident cérébrovasculaire, cancer du poumon, autres maladies pulmonaires chroniques et décès prématuré.

Étant donné les dangers de l'abus continu de nombreuses substances en même temps, le fait de garder en traitement les personnes qui s'adonnent à ce genre de comportement pendant leur traitement d'entretien à la méthadone est un élément important d'une stratégie de réduction des méfaits liés aux drogues. Selon Magura, Nwakeze et Dempsky (1998, résumé), « Du point de vue de la réduction des méfaits liés aux drogues, on devrait accorder une forte priorité à maintenir en traitement les patient(e)s qui continuent à faire usage de la cocaïne et à l'intensification des services offerts à l'intérieur du programme aux personnes atteintes de trouble de personnalité antisocial, de trouble bipolaire ou d'alcoolisme, ainsi qu'à l'accroissement de l'accès aux services d'échange de seringues et aux condoms ».

Stitzer et Chutuape (1999,100-114) présentent également de nombreuses recommandations en matière de traitement et de gestion clinique des toxicomanies selon le type de drogue. Ces recommandations, de même que l'information provenant de Best, Glossop, Greenwood, Marsden, Lehman et Strung (1999, 31) et de Budney, Bickel et Amass (1998, 493), sont résumées au tableau 7[17].

Tableau 7
(à partir de Stitzer & Chutuape, 1999, 100-114; Best et coll., 1999, 31; Budney et coll., 1998, 493)

Substance	Choix de traitement	Recommandations cliniques
Héroïne	• Augmenter la dose de méthadone • Interventions de counseling ou de modification du comportement • Des interventions conçues pour faire baisser l'usage de la cocaïne pourraient être utiles	• Maximiser la dose des personnes qui continuent à faire usage d'héroïne. • Surveiller au moyen de l'analyse d'urine. Ajouter des interventions axées sur le comportement. Au besoin, cibler en même temps l'usage de l'héroïne et de la cocaïne.

17 Quand les client(e)s ou patient(e)s abusent de plusieurs substances en plus de leur dépendance aux opiacés, on peut utiliser une gamme de traitements de concert avec le traitement d'entretien à la méthadone. Pour trouver de plus amples informations au sujet des façons les plus efficaces d'aborder le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, nous encourageons les lecteurs à consulter Santé Canada (1999b), de même que les autres publications attendues de Santé Canada au sujet des meilleures pratiques se rapportant à l'alcoolisme et aux toxicomanies.

Tableau 7
(à partir de Stitzer & Chutuape, 1999, 100-114; Best et coll., 1999, 31; Budney et coll., 1998, 493)
(suite)

Substance	Choix de traitement	Recommandations cliniques
Cocaïne	• Un counseling plus intensif et une augmentation de la surveillance, combinés aux intervention motivationnelles. • Stratégies de contrôle par aversion (les opinions sont partagées à ce sujet; il y a de solides raisons fondées sur la santé publique pour retenir les personnes dans le programme de traitement). • Interventions de modification du comportement utilisant des renforcements positifs pour récompenser l'abstinence.	• Intensification du traitement par counseling et de la surveillance des urines. • Interventions motivationnelles avec incitatifs positifs ou négatifs. • Étant donné le risque continu d'infection par le VIH que pose l'injection de cocaïne, l'expulsion du traitement pourrait bien ne pas être appropriée. Le traitement à la méthadone peut réduire l'usage de la cocaïne et les autres comportements à risque, même sans abstinence.
Benzodiazépines et autres sédatifs hypnotiques	• Désintoxication sous surveillance attentive. La désintoxication en service externe a un faible taux de succès.	• Si une ordonnance est nécessaire pour le traitement d'un état particulier, utiliser les benzodiazépines comportant les inconvénients les plus faibles, ou utiliser des non-benzodiazépines. • Surveiller l'usage de ces drogues au moyen des analyses d'urine. • Désintoxication en établissement avec plan de soins de suivi intensifs. • Réévaluer l'état de santé mentale une fois sevré des benzodiazépines. • Services de traitement intensif, comprenant des programmes d'organisation des contingences.

Tableau 7
(à partir de Stitzer & Chutuape, 1999, 100-114; Best et coll., 1999, 31; Budney et coll., 1998, 493)
(suite)

Substance	Choix de traitement	Recommandations cliniques
Alcool	• Traitement psychologique (individuel ou en groupe). • Programmes d'encouragement comportemental en vue de l'abstinence. • Médicaments (Antabuse, disulfirame). **Nota : On ne peu pas utiliser Naltrexone pour les client(e)s ou patient(e)s traité(e)s à la méthadone.**	• Traitement contrôlé au disulfirame. • La désintoxication en établissement pourrait être nécessaire. • Surveillance régulière par l'analyse d'haleine avec organisation des contingences.
Marijuana	• « en fait, il ne semble pas exister de relation claire entre l'usage de la marijuana et les autres toxicomanies (héroïne, cocaïne et benzodiazépines) pendant le traitement, et il n'y a pas non plus de données établissant la présence d'une relation entre l'usage de la marijuana et une réponse insuffisante au traitement offert dans les programmes axés sur la méthadone. Bien que les cliniques pourraient ne pas vouloir négliger complètement l'usage de la marijuana, ces constatations suggèrent qu'elles devraient penser à lui accorder une priorité relativement faible en ce qui concerne l'attention et les ressources cliniques ». (Stitzer & Chutuape, 1999, 112)	• « Bien que l'usage du cannabis soit très répandu chez les personnes qui abusent des opiacées pendant leur traitement, ses relations avec le résultat du traitement exigent une analyse plus approfondie ». (Best et coll., 1999, résumé)
Tabac	• Traitement de renoncement au tabagisme	• Programmes de renoncement au tabagisme : - timbre et gomme à la nicotine; - thérapie individuelle; - soutien social de la part du(de la) conseiller(ère); - résolution des problèmes que pose la prévention des rechutes

7.2 Le TEM et les femmes

Des statistiques provenant des États-Unis indiquent qu'en dépit du fait que les taux généraux d'usage de l'héroïne et de drogues injectables soient plus faibles chez les femmes que chez les hommes, le nombre réel de femmes affectées reste significatif. Plus de 700 000 femmes ont utilisé l'héroïne pendant leur vie, plus de 850 000 se sont injectées des drogues et presque 150 000 ont fait usage d'héroïne en 1996 (SAMHSA, cité dans Jones, Velex, McCaul et Svikis, 1999, 251). De plus, beaucoup de ces femmes sont d'âge à avoir des enfants. D'autres statistiques provenant des É.-U. indiquent aussi que, bien que certaines femmes réduisent leur usage de drogues pendant la grossesse, un nombre considérable d'entre elles continuent à utiliser la drogue pendant toute la durée de la grossesse (NIDA, cité dans Jones et coll., 1999, 252). Au Canada, l'héroïne (et d'autres drogues comme la cocaïne, le crack, le LSD, les amphétamines) est utilisée principalement par des sous-groupes de femmes, comme les femmes de la rue. Certains chercheurs ont observé que, comme les enquêtes sur l'utilisation de drogues n'ont pas tendance à inclure les femmes faisant partie de ces sous-groupes, l'héroïnomanie pourrait être sous-déclarée (Hewitt et coll.; Office of Alcohol, Drugs and Dependency Issues; Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Fondation de recherche sur l'alcoolisme et les toxicomanies, cités dans Santé Canada, 2001).

7.2.1 Problèmes concernant le traitement

De nombreuses femmes alcooliques ou toxicomanes font face à une gamme de problèmes et rencontrent des obstacles qui se rapportent au traitement et qui l'affectent. Une bonne partie de la recherche qui a été faite dans ce domaine est pertinente dans le cas des femmes qui sont dépendantes des opioïdes.

Les facteurs de risque et les raisons de commencer à abuser de l'alcool et de drogues ne sont pas les mêmes chez les femmes et chez les hommes (Stein & Cyr, cités dans Jones et coll., 1999, 252, 254). Par exemple, selon la recherche passée en revue par Jones et coll. (1999, 254), les femmes qui abusent de l'alcool et de drogues sont plus susceptibles d'avoir des antécédents familiaux d'alcoolisme et de toxicomanie, ont tendance à avoir connu des taux plus élevé d'abus sexuels pendant leur enfance, auront très probablement des relations avec des hommes alcooliques ou toxicomanes et seront très exposées à souffrir de la violence de leurs conjoints.

Si on les compare aux hommes dans la même situation, les femmes alcooliques ou toxicomanes ont tendance à fonctionner moins bien en termes de santé physique, de bien-être psychologique, de relations interpersonnelles, de vie en société et de stabilité économique (voir le tableau 8 fondé sur Jones et coll., 1999, 251-255).

Tableau 8
(À partir de Jones et coll., 1999, 251-255)

Substance	Risks
Santé physique	• les problèmes médicaux ont tendance à être plus graves que pour les hommes; • les problèmes gynécologiques et les MTS sont répandus; • risque accru de troubles de la reproduction; • vulnérabilité accrue à l'infection par le VIH[18]; • mêmes risques se rapportant à l'usage de drogues injectables que pour les hommes en ce qui concerne l'hépatite et de nombreuses autres maladies.
Santé psychologique et sociale	• risque accru de troubles affectifs, de tentatives de suicide, de psychopathologie, d'estime de soi insufffisante, d'anxiété, de dépression; • faible niveau d'habiletés à l'adaptation; • forte détresse psychologique; • difficultés en matière de relations interpersonnelles et de vie en société; • manque de confiance en elles en matière de communications; • passivité dans leurs relations avec leurs conjoints; • possibilité accrue d'être séparées ou divorcées; • sentiments de solitude; • réseaux de soutien social plus petits;

18 Jones et coll. (1999, 252-253) citent la recherche de McCaul et Svikis, pour observer : « par rapport aux hommes, les femmes toxicomanes sont plus exposées à l'infection par le VIH, parce qu'il est transmis plus facilement au moment de relations sexuelles entre hommes et femmes, parce que les femmes ont plus tendance à avoir des relations sexuelles sans protection afin de financer leur toxicomanie, et parce que les partenaires sexuels des femmes sont plus souvent des personnes au comportement à risque élevé ».

Tableau 8
(À partir de Jones et coll., 1999, 251-255)
(suite)

Substance	Risks
	• problèmes sexuels non résolus en plus grand nombre; • isolement social; • moins d'ami(e)s; • moins de relations amoureuses; • plus de difficultés dans les relations sociales.
Situation économique et juridique	• moins bon fonctionnement professionnel; • fréquente dépendance économique enver les hommes par le biais de la prostitution ou de l'échange de relations sexuelles contre de drogues, des aliments, le logement et autres; • faibles niveaux de formation et de compétence professionnelle; • taux de chômage élevé; • surestiment leurs possibilités d'emploi par rapport à leurs études ainsi qu'à leur formation et leur expérience professionnelles; • moins susceptibles d'adopter des comportements sociaux déviants qui seraient de la compétence du système juridique; • la majorité ont reçu au moins une condamnation de la part des tribunaux.

7.2.2 Obstacles au traitement

Selon l'Institute of Medicine (IOM, cité dans Jones et coll., 1999, 255), une petite proportion seulement des femmes qui ont besoin d'un traitement pour l'alcoolisme ou les toxicomanies parviennent à le recevoir. Jones et coll. (1999, 255) décrivent les nombreux obstacles cernés par les chercheurs et qui pourraient être responsables de cette situation, notamment :

- rareté des places;
- insuffisance des ressources financières;
- insuffisance des services d'approche axés sur les femmes;
- insensibilité des programmes de traitement devant les différences entre les hommes et les femmes et les différences culturelles;

- crainte de poursuites criminelles et de conséquences juridiques comme la perte de la garde des enfants;
- absence de services de garderie;
- absence de services de transport;
- absence de couverture de l'assurance maladie;
- personne pour s'occuper des enfants ou des autres membres de leurs familles qui dépendent d'elles;
- impossibilité de prendre les médicaments distribués par le programme de traitement si elles sont enceintes ou n'utilisent pas de système fiable de contrôle des naissances;
- stigmate social appliqué aux femmes toxicomanes, notamment par la communauté médicale;
- absence de traitements qui tiennent compte des problèmes des femmes, y compris le manque d'attention aux questions psychosociales; accent mis exclusivement sur la prévention des rechutes et le counseling axé sur l'abstinence.

Les modèles de services complets de traitement des toxicomanies chez les femmes qui tiennent compte des différences entre les hommes et les femmes doivent répondre à de nombreux aspects de leurs besoins (voir le tableau 9).

Les chercheurs passés en revue par Jones et coll. (1999, 256) ont également cerné d'autres points dont il faut tenir compte lorsqu'il s'agit d'assurer un traitement aux femmes, y compris la nécessité d'efforts de recrutement auxquels participent des travailleurs et des organismes communautaires et qui prévoient des services de transport, des groupes se composant uniquement de femmes qui discuteront des questions comme l'estime de soi, l'anxiété, la dépression, la sexualité, les habiletés aux communications et la santé personnelle, le dépistage de la violence familiale, les interventions relatives au VIH, ainsi que la formation professionnelle et le perfectionnement des compétences (Jones, et coll. 1999, 256).

Tableau 9
À partir de Finnegan; Finnegan; Jansson et coll.; McCaul & Svikis, cités dans Jones et coll., 256, Tableau 12.1

Besoins médicaux	Relations interpersonnelles et vie en société	Points spéciaux à examiner	Besoins psychologiques	Besoins économiques
• Soins de santé généraux; • Soins obstétriques et gynécologiques; • Prévention du VIH; • Conseils en matière de nutrition; • Planification familiale.	• Aptitudes au rôle de parent • Habiletés en communications • Résolution des conflits • Établissement d'un réseau de soutien	• Soin des enfants pendant le traitement • Transports • Logement • Alphabétisation	• Dépression et anxiété • Abus sexuels • Sexualité • Sentiments de perte de l'estime de soi	• Capacité de participer à des entrevues et formation professionnelle • Emploi • Conservation d'un emploi • Gestion de l'argent

Gilbert, El-Bassel, Rajah, Foleno, Fontdevila, Frye et Richmand (2000, 461) ont mentionné le besoin de mieux comprendre comment la violence du conjoint contribue au risque de contracter le VIH et le VHC et à l'usage de drogues, afin de mettre au point des interventions plus efficaces qui permettront de s'occuper des problèmes des femmes qui sont dépendantes des opioïdes. À partir des résultats de leur étude, les auteurs présentent les recommandations suivantes :

- « le dépistage systématique de la violence des conjoints au moment de l'admission et à l'occasion des examens médicaux annuels »;
- fournir des « services complets (par exemple, le logement, la formation professionnelle et le placement, et la façon d'obtenir des prestations) et l'amélioration des réseaux de soutien social afin d'accroître l'indépendance financière et émotive des femmes victimes de violence par rapport à leurs conjoints »;
- « porter attention aux traumas sous-jacents et au stress connexe que manifestent de nombreuses femmes victimes de violence qui sont en même temps toxicomanes »;
- une sensibilisation aux multiples façons pour les activités liées aux drogues d'accroître le risque de violence de la part du conjoint.

Gilbert et coll. (2000, 462) suggèrent que le traitement d'entretien à la méthadone pourrait être le milieu idéal pour la mise en oeuvre des programmes d'intervention en matière de VIH, de VHC et de rechute dans la toxicomanie axés sur le contexte particulier des femmes toxicomanes victimes de violence.

7.3 Le TEM et les femmes enceintes

Les femmes enceintes qui sont dépendantes des opioïdes sont très exposées à de nombreuses complications médicales. Une étude de Jones, et coll. (1999, 260) propose un survol utile de ces questions (voir le tableau 10).

Tableau 10
Problèmes obstétriques associés à l'usage des opioïdes
(à partir de Jones et coll., 1999, 260)

• Fausse couche	• Diabète gestationnel
• Décès intra-utérin	• Hémorragie post partum
• Décollement placentaire	• Éclampsie
• Amniotite	• Taux d'hospitalisation plus élevé
• Chorioamniotite	• Toxémie prééclamptique
• Thrombophlébite septique	• Mortinaissance
• Insuffisance placentaire	• Retard de croissance intra-utérin
• Rupture prématurée des membranes	• Accouchement prématuré

On n'a pas clairement établi dans quelle mesure ces problèmes résultent-ils directement de l'usage de drogues, plutôt que de la mauvaise nutrition, des styles de vie à risque élevé et de l'absence de soins prénataux chez les femmes enceintes qui sont dépendantes des opioïdes (Robins & Mills, cités dans Jones et coll., 1999, 256-257). De plus, Jones et coll. (1999, 257) font remarquer que les complications liées à la drogue varient selon la(les) drogue(s) utilisée(s), l'étape de la grossesse pendant laquelle la femme a fait usage de drogues, la voie d'administration de la drogue, le sevrage ou les cycles d'intoxication et de sevrage, l'absence de soins prénataux et le défaut de diagnostiquer et de traiter les problèmes liés à la toxicomanie.

Depuis les années 1970, l'entretien à la méthadone est devenu le traitement préféré des femmes enceintes dépendantes des opioïdes (Finnegan; Finnegan; Kaltenbach et coll., cités dans Ward et coll., 1998d, 397). Kandall, Doberczak, Jantunen et Stein (1999, 180) arrivent à la conclusion « qu'on s'entend généralement pour dire que la grossesse présente une occasion unique d'essayer d'inciter les femmes à recevoir des traitements médicaux et obstétriques, et en

même temps de faire traiter leur toxicomanie ». Ward et coll. (1998d, 413) résument les avantages du traitement d'entretien à la méthadone qui ont été établis par les recherches, notamment :

- l'obtention d'un opioïde classé sur le plan pharmaceutique, sous surveillance médicale, au lieu d'utiliser un opioïde illicite de « qualité inconnue et de provenance douteuse »;
- éviter les variations subites des niveaux de drogue dans le sang qui se produisent au moment de l'utilisation d'opioïdes d'action brève comme l'héroïne;
- éviter l'exposition à des contaminants, notamment ceux qui pourraient être tératogènes;
- fournir une occasion d'assurer des soins prénatals adéquats.

Ward et coll. (1998d, 413) se fondent sur leur étude des preuves pour affirmer que, par rapport aux femmes non traitées, celles qui reçoivent un traitement d'entretien à la méthadone ont de meilleures chances de mener leur grossesse à terme, connaissent moins de complications au moment de la naissance et donnent naissance à des nourrissons plus gros (par rapport à l'âge de la grossesse).

Tout comme les autres femmes qui sont dépendantes des opioïdes, les femmes enceintes à dépendance aux opiacés pourraient rencontrer d'importants obstacles à l'accès au traitement (voir la section 7.2 ci-dessus). De plus, Ward et coll.(1998d, 413) observent que la recherche indique l'existence de situations pour les femmes enceintes susceptibles de nuire au succès de la grosssesse, comme une mauvaise nutrition et insuffisamment de repos, des soins prénatals insuffisants, y compris l'accès difficile aux soins obstétriques, et l'exposition pour elles-mêmes et leur foetus aux fluctuations du niveau d'héroïne dans le sang, à de drogues et à des contaminants inconnus et aux infections par le VIH, le VHC et d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang qu'on associe à l'usage de drogues injectables.

Notons parmi les autres obstacles au traitement, la crainte de devoir faire face au système de justice pénale, la crainte qu'on retire les enfants de leur garde, l'absence de services de transport, l'absence de services de garderie pour leurs autres enfants, l'accès impossible aux soins obstétriques, la stigmatisation sociale et l'attitude du personnel médical et l'absence de services pour le traitement des femmes (Janson et coll., cités dans Jones et al, 1999, 259).

Ward et coll.(1998d, 398) suggèrent que les problèmes cliniques clés se rapportant à l'administration d'un traitement d'entretien à la méthadone aux femmes enceintes qui sont dépendantes des opioïdes comprennent le choix d'une dose appropriée, la fourniture de soins périnatals adéquats, la disponibilité d'un counseling pendant le traitement et le traitement du syndrome d'abstinence chez le nouveau-né.

À partir de leur survol de la documentation, Jones et coll., (1999, 259-260) observent que la prestation de soins complets peut améliorer les résultats de la grossesse. Une approche globale permettant de répondre aux besoins uniques des femmes enceintes qui sont dépendantes des opioïdes comprend :

- des soins médicaux primaires destinés à régler la gamme des problèmes se rapportant à la dépendance aux opiacés, y compris la tuberculose;
- le traitement et le contrôle de l'infection (par le VIH, le VHC ou les autres agents pathogènes véhiculés par le sang) chez les mères et peut-être les nourrissons;
- gestion périnatale intensive dans le cas de grossesses à risque élevé;
- un counseling psychosocial (comprenant un enseignement de la nutrition, du rôle de parent et de la gestion de l'argent, des services sociaux d'intervention pour apporter une aide en ce qui concerne les conditions de vie instables, le chômage et l'alphabétisation);
- des cours de formation prénatale et de préparation au rôle de parent;
- une évaluation de la santé mentale et des traitements;
- l'entretien à la méthadone.

À partir de leur étude, Ward et coll. (1998d, 414) suggèrent également ce qui suit :

- des séances de groupes composés uniquement de femmes et qui jouent en même temps le rôle de séances de formation prénatale et d'apprentissage du rôle de parent, tout en s'occupant des autres questions pertinentes pour les femmes dépendantes des opioïdes;
- des soins prénatals assurés sans porter de jugement, prévoyant des heures de clinique spéciales, l'accès aux analgésiques ou à l'anesthésie pendant le travail et la naissance;

- une évaluation appropriée de la gravité du syndrome d'abstinence prénatale au moyen d'instruments spécialement conçus;

- la dispensation de morphine, de phénobarbital ou d'élixir parégorique au besoin;

- l'encouragement de l'allaitement chez les femmes qui reçoivent un traitement d'entretien à la méthadone.

Il faut une surveillance attentive et un ajustement rigoureux de la dose de méthadone et du régime thérapeutique pendant toute la durée de la grossesse, particulièrement au troisième trimestre, alors que le métabolisme de la méthadone augmente (Kreek,Schecter et Gutjar; Kreek; Pond et coll.; Gazaway, Bigelow et Brooner, cités dans Jones et coll., 1999, 262). Si des symptômes de sevrage inattendus se manifestent pendant cette période, des doses plus élevées ou fractionnées pourraient être nécessaires (Ward et coll., 1998d, 414). Jones et coll. (1999, 272) arrivent à la conclusion que la désintoxication de la méthadone pendant la grossesse n'est pas recommandée, sauf « dans les circonstances les plus graves ». Selon le sommaire de Ward et coll, (1998d, 413) : « Peu de femmes peuvent parvenir à une abstinence totale sans rechute ou complication obstétrique. Par conséquent, le traitement préféré, pour la plupart des femmes dépendantes des opioïdes, est l'entretien à la méthadone pendant toute la durée de la grossesse ». Dans leur étude, Kaltenbach, Berghella et Finnegan (1998, 147-148) font observer que, bien que l'exposition prénatale à l'héroïne ou à la méthadone ait souvent pour conséquence le syndrome d'abstinence néonatale, il est possible de traiter ce syndrome sans effet négatif au moyen de la pharmacothérapie. La conclusion des auteurs est la suivante : « Il n'existe pas de preuves irréfutables qui suggèrent la nécessité de réduire la dose de méthadone de la mère dans le but d'éviter le syndrome d'abstinence néonatale ».

Beaucoup de gens considèrent le traitement complet d'entretien à la méthadone comme la norme de soin des femmes enceintes qui sont dépendantes des opioïdes. Les avantages, par rapport à l'usage de l'héroïne, comprennent de meilleurs soins prénatals, une meilleure croissance du foetus, une réduction de la mortalité foetale, une réduction du risque d'infection par le VIH, un nombre moins élevé de cas d'éclampisme et de sevrage néonatal, une probabilité accrue que l'enfant sera remis à ses parents, et une meilleure rétention de traitement (Kandall et coll., Finnegan; Svikis et coll.,cités dans Jones et coll., 1999, 258).

Jones et coll. (1999, 272) concluent que : « Dans l'ensemble, il semble que, lorsqu'on s'occupe des problèmes physiques, psychologiques et économiques de la femme enceinte dépendante des opioïdes en même temps que le traitement à la méthadone, les avantages dépassent considérablement les risques pour la mère, le foetus et le nourrisson ».

7.4 Le TEM et les troubles médicaux concomitants

Selon Lowinson et coll.(1997, 409), les personnes dépendantes des opioïdes souffrent souvent de maladies chroniques comme l'hypertension chronique, le diabète, la maladie chronique du foie et la cirrhose, l'asthme, la tuberculose, la syphilis, l'endocardite et d'autres maladies infectieuses. Dans son chapitre complet sur les besoins médicaux des personnes traitées à la méthadone, Fingerhood (1999, 118-136) décrit toutes sortes d'états de comorbidité, communs chez les personnes recevant un traitement d'entretien à la méthadone (voir le tableau 11).

Tableau 11
Troubles médicaux courants chez les personnes qui reçoivent un traitement d'entretien à la méthadone (à partir de Fingerhood, 1999, 118-136)

Infections de la peau et des tissus mous causées par l'usage de matériel d'injection non stérilisé : infections provoquées par le staphylocoque doré, le Clostridium, l'Aspergillus, les streptocoques, le bacille gram-négatif; infections provoquées par les injections dans les tissus mous; thrombus; complications causées par les drogues injectables, notamment la cellulite, les abcès, la thrombophlébite septique, la pyomisite et les faux anévrismes, l'ostéomyélite ou arthrite aiguë suppurée venant de bactérémie; occlusion lymphatique et oedème causés par les trop nombreuses injections sous-cutanées, réactions contre des corps étrangers venus se loger sous la peau ou des fragments d'aiguilles qui se sont déplacés.

Complications cardiaques : endocardite, complications cardiaques liées à l'usage de la cocaïne, infarctus du myocarde, spasme des artères coronariennes avec angine et cardiomyopathie.

Maladies transmises sexuellement : chlamydia, blennoragie, herpès génital, VIH, syphilis, virus du papillome humain menant au cancer du col de l'utérus.

Hépatite : dommages au foie causés par l'alcool, hépatite virale (B, C et D), cirrhose.

Complications pulmonaires : complications pulmonaires liées au VIH, y compris la pneumonie interstitielle à Pneumocystis carinii et autres; complications pulmonaires se rapportant à des pneumonies bactériennes fréquentes (souvent liées au tabagisme), pneumonie par aspiration causée par l'alcoolisme ou les surdoses; infections pulmonaires secondaires causées par des embolies septiques à la suite d'endocardite ou de thrombophlébites (l'embolie septique peut causer un abcès, un emphysème ou un infarctus pulmonaire); tuberculose.

Maladies pulmonaire non infectieuses : (oedème pulmonaire causé par une surdose d'héroïne, maladie pulmonaire chronique, hypertension artérielle pulmonaire causée par une hypoxémie); broncospasme, atélectasie, hémorragie alvéolaire, infarctus pulmonaire et bronchiolite oblitérante chez les personnes qui fument de la cocaïne épurée, pneumothorax.

Complications rénales : insuffisance rénale (néphropathie à l'héroïne); amylose rénale; maladies rénales aiguës (myoglobinurie et glomérulonéphrite liées à l'endocardite ou aux infections par le virus de l'hépatite B ou C); maladies rénales membraneuses, membranoprolifératives et à changement minimal.

Complications neurologiques : hallucinations et délire liés à l'usage de l'alcool, ou de l'héroïne ou de la cocaïne contaminées ou de la benzodiazépine; crises cérébrales liées aux surdoses, spasme vasculaire provoqué par la cocaïne, abcès, infection liée au VIH, accidents cérébrovasculaires emboliques ou par thrombose, méningite, hématome sous-dural et sevrage de l'alcool, mononeuropathies post-traumatiques et atraumatiques; paralysie de Bell; complications neurologiques infectieuses (méningite, abcès au cerveau, abcès sous-dural et épidural, anévrisme mycosique)

Anomalies immunologiques : hypergammaglobulinémie; purpura thrombopénique

Traumatisme physique ou problèmes aspécifiques comme la fatigue, l'insomnie, la difficulté à se concentrer, se rapportant aux incidents de violence familiale

Perforation septale

Effets secondaires possibles de la méthadone : sueurs, constipation, anomalies menstruelles, lymphocytose, niveaux plus élevés de prolactine

À partir de son étude, Fingerhood (1999, 135) a conclu qu'en dépit de la fréquence des états de comorbidité chez les client(e)s ou patient(e)s du traitement d'entretien à la méthadone, il arrive souvent que ces personnes reçoivent des soins médicaux insuffisants. Le traitement d'entretien à la méthadone offre une excellente occasion d'assurer ces soins particulièrement nécessaires, et ce faisant on pourrait réduire la morbidité, la mortalité et les coûts à long terme imposés aux services médicaux. Lowinson et coll. (1997, 410) observent que : « fournir des soins primaires aux toxicomanes traités dans les cliniques d'entretien à la méthadone pourrait réduire la demande dans les salles d'urgence et la nécessité d'hospitalisations, et de ce fait réduire considérablement le coût général du traitement de ces personnes ».

Selon Leshner (1999) : « les programmes de traitement [des toxicomanes] fréquentes afin de dépister le VIH et le syndrome d'immuno-déficience acquise, l'hépatite B et C, la tuberculose et les autres maladies infectieuses, ainsi que les maladies non infectieuses comme le diabète sucré et l'hypertension, en plus de dispenser des conseils et des orientations vers les traitements médicaux pertinents ».

Fingerhood (1999, 135-136) fait observer que certains aspects des soins médicaux dispensés aux personnes recevant le TEM sont tout à fait particuliers. Par exemple, les troubles médicaux de nombreux(ses) client(e)s ou patient(e)s se rapportent à l'usage de drogues, et le risque que les médicaments interagissent avec la méthadone est un facteur important. En même temps, de nombreux autres aspects des traitements médicaux ne seront pas différents, comme la nécessité d'un personnel sensible et renseigné, ainsi que d'un milieu qui favorise la confiance et l'empathie.

Selon un rapport préparé par Salsitz et coll. (2000, 394), les médecins travaillant dans un programme médical d'entretien à la méthadone aux É.-U.[19] étaient bien placés pour jouer un rôle important afin d'assurer toute une gamme d'interventions sanitaires. Ils étaient capables, soit de traiter, soit d'orienter les client(e)s ou patient(e)s vers des spécialistes traitant toutes sortes de maladies aiguës ou chroniques. Ces médecins, avec la permission de leurs client(e)s ou patient(e)s, jouaient également un rôle important d'ombudsman, c'est-à-dire qu'ils « pouvaient communiquer et travailler avec les autres spécialistes, les renseigner au sujet de l'entretien à la méthadone, de sa sécurité générale, de la nécessité d'un contrôle suffisant de la douleur et de l'à-propos de poursuivre l'entretien à la méthadone de ces patient(e)s ».

19 Methadone Medical Maintenance (MMM) a commencé en 1983 à New York afin de permettre à certain(e)s client(e)s ou patient(e)s recevant de la méthadone d'être traité(e)s par des médecins en pratique privée plutôt que dans les cliniques de méthadone ordinaires (Salsitz et coll, 2000, 388).

7.5 Le TEM et la prévention et le traitement de l'hépatite C

Chez les personnes qui s'injectent de drogues, le taux d'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) est très élevé : on estime au niveau international qu'il varie de 50 p. 100 à 100 p. 100 (Finch, cité dans Santé Canada, 2000b, 1). La principale voie de transmission est l'exposition au sang et aux dérivés sanguins. Les personnes qui partagent des seringues et d'autres accessoires d'administration de drogue sont très exposées à la contagion[20]. Au Canada, 70 p. 100 de toutes les infections courantes par le VHC sont liées à l'usage de drogues injectables (LLCM [Laboratoire de lutte contre la maladie], cité dans Santé Canada, 2000b,6). Presque tou(te)s les client(e)s ou patient(e)s des TEM se sont injecté(e)s de drogues (Novick, 2000, 437), et l'infection par le virus de l'hépatite C chez les client(e)s ou patient(e)s recevant le TEM est maintenant reconnue comme un important problème de santé (Novick, Hagan & Des Jarlais; Salsitz et coll., cités dans Joseph et coll., 2000, 359).

Les chercheurs aux É.-U. ont trouvé que l'hépatite C est le grave problème de santé le plus fréquent chez les client(e)s ou patient(e)s recevant le TEM. Par exemple, des tests ont permis de constater que 92 p. 100 des client(e)s ou patient(e)s inscrit(e)s à un programme médical d'entretien à la méthadone aux É.-U. étaient porteurs(ses) du virus de l'hépatite C -RNA (VHC-RNA). Dans cette étude, les complications liées à l'hépatite C étaient la deuxième cause de décès chez ces client(e)s ou patient(e)s, après les maladies liées au tabagisme (Salsitz et coll., 2000, 394). Dans les études passées en revue par Novick (2000, 438), la fréquence du virus de l'hépatite C chez les client(e)s ou patient(e)s des programmes d'entretien à la méthadone était de l'ordre de 67 à 84 p. 100. Ces taux élevés se rapportent à : la fréquence élevée du VHC chez les usagers de drogues injectables; l'extrême nocivité[21] du VHC; la probabilité que les client(e)s ou patient(e)s soient déjà infecté(e)s par le VHC quand ils(elles) entreprennent le TEM; le fait que les personnes peuvent être infectées après quelques injections seulement; les intervalles entre diverses périodes de TEM ou l'injection de drogues pendant le TEM (Crofts et coll., cités dans Novick, 2000, 438); une dose insuffisante de méthadone (Dole; Bell, Chan & Kuk; Strain et coll., cités dans Novick, 2000, 238); et l'injection de cocaïne (Thomas, et coll.; Novick et coll., cités dans Novick, 2000, 238).

---

20 Même une quantité minuscule de résidu sanguin dans une seringue et une aiguille peut contaminer ce matériel. Ce résidu a aussi des chances de contaminer d'autres articles comme les réchauds de drogue et le coton de filtration (Hagan & Des Jarlais, 2000, 423, 425).

21 Le VHC est de 10 à 15 fois plus infectieux par contact avec le sang que le VIH (Heintges & Wands, cités dans Santé Canada, 2000b, 1)

7.5.1 Le TEM et la prévention de l'hépatite C

Selon Novick (2000, 440), chez les personnes qui se sont injectées des drogues mais n'ont pas encore contracté le virus de l'hépatite C, l'admission au traitement d'entretien à la méthadone, combinée à l'abstention de drogues et de l'alcool à partir de ce moment-là, a des chances de prévenir l'infection par le virus de l'hépatite C. Toutefois, l'efficacité générale du TEM à titre d'instrument de prévention primaire pourrait être plutôt limitée, étant donné la forte prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les client(e)s ou patient(e)s.

Le TEM offre toutefois une occasion de prévention secondaire. Entrer en contact avec des personnes affectées par le virus de l'hépatite C dans le contexte du TEM permet de les renseigner afin de prévenir la transmission continue du virus[22]. La prévention du VHC est un domaine spécialisé qui commence à se préciser au Canada. On reconnaît de plus en plus qu'à cause d'un certain nombre de facteurs, y compris les différences entre les dynamiques de transmission, les mesures visant à prévenir et contrôler la transmission du VHC chez les personnes dépendantes des opioïdes pourraient constituer un défi plus considérable que la prévention et le contrôle de la transmission du VIH (Hagan & Des Jarlais, 2000, 426).

7.5.2 Le TEM et le traitement de l'hépatite C

Le TEM est une occasion clé pour faciliter l'accès des client(e)s ou patient(e)s qui souffrent d'une infection non traitée par le virus de l'hépatite C à un traitement médical approprié (Joseph et coll., 2000, 361).

Un grand nombre de client(e)s ou patient(e)s recevant un traitement d'entretien à la méthadone se trouveront aux diverses phases de l'infection par le virus de l'hépatite C (Novick, 2000, 441). La méthadone n'est pas nécessairement contre-indiquée pour les gens affectés du virus de l'hépatite C (Canadian Association for the Study of the Liver, 2000, 14B) : une personne souffrant d'une maladie chronique stable du foie peut continuer sans danger à recevoir le traitement d'entretien à la méthadone pendant de nombreuses années (Novick, 2000, 440), bien qu'il soit nécessaire de faire

22 Certains indices suggèrent qu'une intervention assurée par les pairs, alors que des personnes qui utilisent de drogues injectables fournissent de l'information sur la prévention à d'autres personnes qui utilisent ce type de drogue ou qui pensent en utiliser, pourrait constituer une stratégie efficace de prévention des nouvelles infections par le VHC, particulièrement chez les jeunes qui n'ont pas encore commencé à utiliser les drogues injectables, ou qui ne l'ont pas fait depuis très longtemps (Santé Canada, 2000a, 8-9). Il faudrait toutefois considérer cette idée avec une certaine prudence, puisque les client(e)s ou patient(e)s recevant de la méthadone pourraient désirer modifier leur style de vie et s'éloigner des réseaux de toxicomanes et des personnes qu'ils(elles) y connaissent.

preuve de prudence dans certaines circonstances particulières[23]. De façon générale, les programmes de TEM devraient être prêts à reconnaître, évaluer, surveiller et étudier diverses possibilités de traitement pour les client(e)s ou patient(e)s infecté(e)s par le VHC et qui sont susceptibles de profiter d'un traitement. Par exemple, la vaccination contre l'hépatite A pourrait aider à prévenir que les client(e)s ou patient(e)s ne contractent une infection additionnelle risquant d'accroître le risque de défaillance hépatique et de décès (Vento et coll., cités dans Novick, 2000, 443).

Les fournisseurs de traitements devraient également reconnaître que le traitement de l'hépatite C est un domaine en évolution. Il y a de nombreux problèmes, souvent complexes, se rapportant aux soins, au traitement et au soutien des personnes infectées par le virus de l'hépatite C. Par exemple :

- dans l'ensemble, l'efficacité des traitements actuels est de 40 p. 100 (s'échelonnant de 30 à 65 p. 100, dépendant du génotype (Canadian Association for the Study of the Liver, 2000,13B);

- le traitement peut avoir de nombreux effets secondaires;

- en se fondant sur les recommandations actuelles, certain(e)s client(e)s ou patient(e)s pourraient se trouver dans une situation qui leur enlève des chances de recevoir un traitement pour leur infection par le VHC. Par exemple, certaines cliniques pourraient exiger qu'on refuse le traitement à toute personne qui ne s'abstient pas de toutes les drogues, et particulièrement de l'alcool, ou qui est atteinte d'une psychose grave (Novick, 2000, 440-441; Sherman & McSherry,1999, Q7);

- le traitement d'infections simultanées par le VHC et le VIH est un domaine qui commence seulement à se développer (on s'attend à ce que d'autres directives futures fournissent des renseignements additionnels dans ce domaine);

- l'accès à l'assurance-médicament pour le traitement de l'hépatite C varie selon les régions du Canada;

- le traitement actuel qui combine l'interféron et la ribavirine exige que les client(e)s ou patient(e)s s'auto-administrent des injections trois fois par semaine, bien que de nouvelles thérapies puissent réduire cette exigence à une injection par semaine.

---

23 Nous encourageons les lecteurs à consulter les références citées dans la présente section afin de trouver de plus amples informations au sujet de la prescription de méthadone aux client(e)s ou patient(e)s affecté(e)s par le virus de l'hépatite C.

Les prestateurs de TEM doivent être au courant du fait que de nouveaux traitements prometteurs devraient devenir disponible dans un avenir rapproché.

7.6 Le TEM et la prévention et le traitement du VIH

Les programmes de traitement d'entretien à la méthadone offrent une occasion d'importance capitale de prévenir les maladies et d'éduquer les client(e)s ou patient(e)s, y compris le dépistage de maladies transmissibles, le counseling et l'information sur la sexualité sans risques, les dangers du partage de seringues et la façon de nettoyer les seringues (Réseau juridique canadien VIH/SIDA, 1999, 58). Des interventions particulières pourraient cibler la prévention des MTS, alors que d'autres pourraient viser à prévenir la transmission du VIH, du VHC et d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang. Selon Leshner (1999), « Le counseling portant sur les risques de transmission de maladies peut être efficace pour aider les patient(e)s à modifier ou éviter les comportements qui les exposent, ou exposent d'autres personnes, à des risques d'infections ». De plus, le TEM est également une occasion de fournir des traitements médicaux adéquats aux personnes dépendantes des opioïdes qui ont contracté le VIH, le VHC ou d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang (voir également la section 7.5).

7.6.1 Le TEM et la prévention du VIH

Le traitement d'entretien à la méthadone est devenu un instrument important de réduction de la transmission du VIH parmi les utilisateurs de drogues injectables, surtout parce qu'il réduit l'usage de ces drogues. Selon Zweben et Pate (Cités dans Réseau juridique canadien VIH/SIDA, 1999, 58), le traitement d'entretien à la méthadone est devenu « une ressource d'importance capitale dans la lutte contre l'usage de drogues injectables et le SIDA ». Des relations efficaces entre les programmes d'échange de seringues et les programmes d'entretien à la méthadone pourraient aider à maximiser les avantages : « Quand les utilisateurs de drogues injectables sont admis aux programmes de traitement sur la recommandation du personnel du programme d'échange de seringues, le nombre de personnes dans une collectivité qui ont besoin de traitements médicaux est réduit, avec une incidence sur la morbidité liée aux drogues » (Loue et coll., cités dans Réseau juridique canadien VIH/SIDA, 1999, 90).

Broers, Junet, Bourquin, Déglon, Perrin et Hirschel (1998, 2059) ont trouvé qu'on a pu établir un lien entre les mesures de prévention ciblant les toxicomanes de Genève, y compris un meilleur accès au traitement d'entretien à la méthadone, et les changements de comportements à risque chez les toxicomanes. Par exemple, ils commencent à fumer ou inhaler les

drogues au lieu de les injecter, ou adoptent des méthodes d'injection moins dangereuses. À partir d'une étude de l'infection par le VIH à New York au cours d'une période de dix ans, Hartel et Schoebaum (1998, 114) ont trouvé « de solides relations entre la prévention contre l'infection par le virus du VIH et le traitement à fortes doses de méthadone, ainsi que l'admission précoce et la participation continue au traitement à la méthadone, indépendamment de l'injection de cocaïne, de la fréquentation des piqueries et des relations sexuelles avec d'autres utilisateurs(trices) de drogues injectables ».

7.6.2 Le TEM et le traitement du VIH

Bien qu'on ait trouvé que le traitement d'entretien à la méthadone ait réduit la transmission du VIH, surtout en faisant baisser la consommation de drogues injectables, les personnes qui entreprennent le traitement pourraient déjà être VIH-positives, ou pourraient le devenir pendant leur traitement s'ils(si elles) ou leurs partenaires maintiennent leurs comportements à risque élevé. Fingerhood (1999,118) fait remarquer que « l'épidémie du SIDA » signifie que de nombreuses personnes auront besoin de « soins médicaux et de services de soutien connexes pendant le reste de leur vie ». Fingerhood (1999, 124) observe également que des problèmes précis se posent lorsqu'il s'agit de traiter les personnes VIH-positives qui reçoivent le traitement d'entretien à la méthadone, y compris :

- la morbidité se rapportant à l'usage de drogues injectables (endocardite, abcès et hépatite virale);
- des taux plus élevés de pneumonie bactérienne et de tuberculose;
- la nécessité de bien observer le traitement médicamenteux afin d'éviter d'acquérir une résistance virale;
- la nécessité pour les praticiens de bien connaître la façon de traiter le VIH et les thérapies de pointe.

À partir de leur étude détaillée des interactions entre la méthadone et les médicaments utilisés pour traiter l'infection par le VIH, Gourevitch et Friedland (2000, 435) arrivent à la conclusion que : « Les cliniciens doivent être bien renseignés au sujet des intéractions qui ont été observées jusqu'ici, et rester attentifs à la possibilité que d'autres intéractions, qui n'ont pas encore été observées, pourraient se présenter chez leurs patient(e)s ».

7.7 Le TEM et les troubles mentaux

7.7.1 Taux de prévalence

Dans leur étude de l'évaluation et du traitement des comorbidités psychiatriques chez les client(e)s ou patient(e)s recevant le traitement d'entretien à la méthadone, King et Brooner (1999, 140-143) observent que, bien que les études soient différentes et puissent être difficiles à comparer, un grand nombre d'indices suggèrent que les personnes dépendantes des opioïdes connaissent des taux élevés de troubles mentaux par rapport à l'ensemble de la population. Le tableau 12 résume leur description de la prévalence des troubles mentaux. Veuillez prendre note du fait qu'on n'a pas indiqué si ces études comprenaient des femmes aussi bien que des hommes.

Tableau 12
(à partir de King & Brooner, 1999, 144-146)

Prévalence des troubles de l'humeur
• grave dépression (vie durant) : 15,8 p. 100 - 53,9 p. 100
• grave dépression (actuelle) : 0 p. 100 - 26,3 p. 100 (les taux moins élevés pourraient être dus à la durée de stabilisation dans le traitement, à l'inclusion de personnes qui ne reçoivent pas de traitement, et à l'absence de périodes d'évaluation uniformes)
• trouble bipolaire (vie durant et actuel) : 1 p. 100 (égal à l'ensemble de la population)
• trouble mélancolique : 3 p. 100 - 15 p. 100
Prévalence des troubles anxieux
• phobies (vie durant) : 2,3 p. 100 - 9,6 p. 100
• phobies (actuelles) : peut atteindre jusqu'à 9,2 p. 100
• trouble anxieux généralisé (vie durant) : peut atteindre jusqu'à 5,4 p. 100
• trouble anxieux généralisé (actuel) : 1 p. 100
• trouble de panique (vie durant) : peut atteindre jusqu'à 2 p. 100
• trouble de panique (actuel) : moins de 1 p. 100
• névrose obsessionnelle (vie durant) : moins de 2 p. 100 (relativement rare)
• névrose obsessionnelle (actuelle) : 1 p. 100 ou moins (relativement rare)

Tableau 12
(à partir de King & Brooner, 1999, 144-146)
(suite)

Prévalence des troubles de la personnalité
• taux d'ensemble des troubles de la personnalité : élevé, 34,8 p. 100 - 68 p. 100
• trouble de personnalité antisocial :14,5 p. 100 à 54,7 p. 100 (le trouble de personnalité le plus commun)[24]
• trouble de la personnalité limite : 3,7 p. 100 - 12,1 p. 100
• personnalité fuyante : 5 p. 100
• personnalité passive-agressive : 4 p. 100
• désordre paranoïde : 3 p. 100
• attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): one-fifth have history of ADHD; 12% have current symptoms.
Prévalence des autres troubles mentaux
• schizophrénie : 1 - 2 p. 100 (assez rare)
• trouble alimentaire (vie durant) : plus de 1 p. 100 chez les femmes (un diagnostic actuel est rare)
• trouble de stress post-traumatique (vie durant) : 8,3 p. 100 chez les utilisateurs de cocaïne ou d'opiacés (problème considérable)
• trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) : un cinquième des client(e)s ou patient(e)s ont des antécédents de THADA; 12 p. 100 présentent des symptômes actuels

7.7. 2 Différences entre les hommes et les femmes

Dans leur étude de la comorbidité psychiatrique chez les personnes dépendantes des opioïdes, Ward et coll.(1998f, 432) citent des indices qui suggèrent que les différences de prévalence des troubles mentaux entre les hommes et les femmes qu'on trouve dans l'ensemble de la population se retrouvent aussi dans la population des personnes dépendantes des opioïdes. Par exemple, les femmes dépendantes des opioïdes manifestent plus de troubles anxieux et de dépression que les hommes qui sont dépendants des opioïdes. Chez les hommes, on a plus tendance à

24 Darke, Kaye et Finlay-Jones (1998, 67) ont trouvé que le trouble de personnalité antisocial (TPA) est trop souvent diagnostiqué chez les utilisateurs de drogues injectables. Darke, Hall et Swift (1994, 256) suggèrent que les taux élevés de diagnostic du TPA peuvent avoir été influencés par des critères de diagnostic qui chevauchent un grand nombre de comportements courants chez les personnes qui utilisent de drogues illicites.

diagnostiquer des troubles de personnalité antisociaux. En termes de mesures générales de la psychopathologie[25], les femmes dépendantes des opioïdes semblent connaître des taux beaucoup plus élevés.

7.7.3 Risques connexes

King et Brooner (1999, 162) citent de la recherche qui a constaté que les personnes qui ont des troubles mentaux concomitants ont des taux plus élevés de toxicomanie pendant leur traitement, d'usage continu de drogues après le traitement, et d'autres abus d'intoxicants. D'autres chercheurs ont constaté une relation entre les troubles mentaux chez les personnes dépendantes des opioïdes et la fréquence plus élevée des comportements à risque comme le partage de seringues et les taux d'infection par le VIH (Brooner et coll.; Brooner et coll.; Gillet coll., cités dans Abbott et coll., 1998, 35.)

Bien qu'il soit parfois difficile de reconnaître les comorbidités de troubles mentaux, cela pourrait être utile pour reconnaître les client(e)s ou patient(e)s susceptibles d'avoir besoin d'aide supplémentaire, y compris le traitement de leurs troubles mentaux concomitants, et d'autres ressources afin d'améliorer les résultats de leur traitement d'entretien à la méthadone (King & Brooner, 1999, 152).

7.7.4 Dépistage, évaluation et diagnostic

King et Brooner (1999, 146) suggèrent qu'il serait possible d'utiliser des instruments normalisés pour dépister, évaluer ou diagnostiquer les troubles mentaux chez les personnes dépendantes des opioïdes. Des questionnaires remplis par les client(e)s ou les patient(e)s eux(elles)-mêmes, comme l'inventaire de dépression de Beck ou la liste de vérification des symptômes 90-R(SCL-90-R), peuvent servir d'instruments de dépistage. Des instruments à utiliser pendant les entrevues, comme l'Addiction Severity Index (ASI), la Structured Clinical Interview for DSM-IV(SCID) ou la Diagnostic Interview Schedule (DIS) peuvent permettre de mesurer, de diagnostiquer ou les deux, les troubles mentaux.

King et Brooner (1999, 148) observent également qu'une évaluation clinique faite sans utiliser ces instruments reste possible, mais devrait se fonder sur des critères de diagnostic normalisés comme ceux que contient DSM-IV. Les évaluations cliniques devraient tenir compte des troubles mentaux les plus courants parmi cette population, notamment la dépression grave, le

25 Tel que déterminé par des enquêtes fondées sur le Questionnaire sur l'état de la santé général.

trouble mélancolique, le trouble de personnalité antisocial et les autres troubles de la personnalité, les troubles anxieux, le THADA, ainsi que d'autres troubles causés par la toxicomanie.

Selon King et Brooner (1999, 150-151), un aspect particulièrement difficile du diagnostic des troubles mentaux concomitants est de distinguer entre les symptômes induits par une substance et ceux qui manifestent un trouble mental indépendant. Pour y parvenir, il faut de l'information au sujet des augmentations ou réductions de l'usage de drogues et de leur incidence sur les symptômes, sur la présence ou l'absence de symptômes pendant les périodes d'abstinence de drogues, ainsi que sur la présence d'autres troubles ou traitements médicaux susceptibles de produire des symptômes semblables.

Ils attirent l'attention sur le fait : « qu'il est capital de discerner les changements d'humeur d'origine médicale ou induits par une substance et de traiter tout trouble mental indépendant si l'on veut améliorer la capacité du(de la) patient(e) de s'engager dans le traitement de son alcoolisme et de sa toxicomanie par le recours au counseling, aux traitements au moyen de médicaments et à la surveillance d'un médecin ». Dans une étude de Brooner et coll. (citée dans King & Brooner, 1999, 154), 77 p. 100 des personnes demandant à être traitées pour leur dépendance aux opiacés et dont l'état répondait aux critères de la dépression grave la vie durant souffraient d'un trouble provoqué par leur toxicomanie plutôt que d'un trouble indépendant. L'usage de la méthadone, de la marijuana, de la caféine, de la nicotine, de l'alcool, de la cocaïne, des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques non barbituriques peut se présenter comme une dépression et entraver le traitement des symptômes maniaques ou dépressifs.

7.7.5 Traitement

L'administration de traitements d'entretien à la méthadone aux personnes dépendantes des opioïdes qui ont en même temps des troubles mentaux est une réalité difficile de la dispensation de services, étant donné la prévalence des troubles mentaux chez ces personnes (Ward et coll., 1998f, 435). Les programmes de traitement d'entretien à la méthadone qui font partie d'un modèle de services complets peuvent être un élément important des services de santé mentale, en permettant l'accès à un milieu stable (présence quotidienne, règles claires et autres), la possibilité d'administrer en même temps les médicaments servant à traiter le trouble mental et les doses de méthadone, l'orientation des client(e)s ou patient(e)s vers les services d'évaluation de la santé mentale ou physique, l'administration de traitements médicaux adéquats, l'établissement de liens avec d'autres

fournisseurs de soins de santé de l'extérieur, la psychothérapie ou le counseling, des activités axées sur le travail et des programmes de réadaptation psycho-sociale des malades mentaux.

7.8 Le TEM dans les établissements correctionnels

Au Canada, la transmission du VIH, du VHC et d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang dans les établissements correctionnels est une grave préoccupation. Entre 1994 et 1995, le nombre de cas de VIH/SIDA a augmenté de 40 p. 100 en un peu plus d'un an. Les taux d'hépatite C chez les populations carcérales est de 28 à 40 p. 100 (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Association canadienne de santé publique, 1997, 8). Les estimations de la prévalence du VIH chez les contrevenant(e)s incarcéré(e)s varient de 1 à 4 p. 100 chez les hommes et de 1 à 10 p. 100 chez les femmes. On associe fortement l'infection par le VIH chez les femmes et les hommes incarcéré(e)s avec des antécédents en matière d'usage de drogues injectables (Rothon et coll.; Calzavara et coll.; Hankins et coll.; Hankins et coll.; Dufour et coll., cités dans Santé Canada, 1999a, 3). À partir de leurs recherches, Rothon, Mathias, et Schechter (1994, 785) observent que les taux plus élevés d'infection par le VIH chez les contrevenantes étaient dus au fait qu'une proportion plus élevée de femmes ont utilisé les drogues injectables, un lien qui est « probablement dû à une relation beaucoup plus étroite entre l'usage de drogues, la prostitution et l'incarcération chez les femmes que chez les hommes ».

Rothon, Strathdee, Cook et Cornelisse (1997, 16) ont trouvé un taux de prévalence du VIH de 0,25 p. 100 chez les jeunes contrevenants de la Colombie-Britannique. Selon Rothon et coll., : « En dépit du faible taux de prévalence du VIH, notre étude a révélé que des habitudes de comportement à risque comme l'usage de drogues injectables, les relations sexuelles pour des raisons de commerce et les relations sexuelles avec des utilisateurs de drogues injectables sont déjà établies chez les jeunes contrevenants incarcérés. Il est particulièrement inquiétant que l'usage de drogues injectables soit tout aussi répandu chez les plus jeunes de 12 à 15 ans que chez ceux de 16 à 19 ans ».

Selon un rapport national de 1997 sur le VIH, le SIDA et l'usage de drogues injectables au Canada, de nombreux usagers de drogues injectables passent du temps dans les établissements correctionnels, soit parce qu'ils(elles) ont été trouvé(e)s coupables d'infractions liées aux drogues, soit à cause d'autres condamnations se rapportant à leur usage de drogues. Selon ce rapport, publié par le Réseau juridique canadien VIH/SIDA et la Société canadienne du SIDA (1996, 71), il est « abondamment prouvé que les utilisateurs(trices) de drogues injectables sont sur-représenté(e)s au sein de la population carcérale ».

Au cours des dernières années, de nombreux organismes nationaux et internationaux ont recommandé d'offrir des programmes de traitement d'entretien à la méthadone dans les établissements correctionnels, à titre de stratégie clé de réduction de la transmission du VIH, du VHC et d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang. Ces recommandations se fondent sur les preuves de l'efficacité du TEM en ce qui concerne la réduction de la mortalité, de la consommation d'héroïne, des comportements à risque élevé des usagers de drogues injectables (et du partage de seringues), de la criminalité, ainsi que la possibilité de retenir les participant(e)s aux traitements.

Des chercheurs australiens ont procédé à une évaluation du traitement d'entretien à la méthadone dans les prisons de l'Australie, dans laquelle ils observent que, tout comme dans les milieux communautaires, le TEM offre les mêmes possibilités de réduire l'usage de drogues injectables et le partage de seringues dans les milieux carcéraux. Toutefois, ils observent également la nécessité d'administrer des doses suffisantes de méthadone et d'administrer la méthadone pendant toute la durée de l'incarcération, afin d'obtenir ces avantages (Dolan et coll., cités dans Réseau juridique canadien VIH/SIDA et Société canadienne du SIDA, 1996, 72). Ces chercheurs ont conclu que : « Le TEM a un rôle important à jouer en matière de réduction de la transmission du VIH et de l'hépatite en prison ».

De plus, selon Dolan et coll. (1998, 380), « La concentration des usagers de drogues injectables parmi les populations carcérales suggère que le traitement des toxicomanes à l'intérieur des prisons pourrait être plus rentable que dans la communauté ».

Selon une trousse d'information et de ressources au sujet du traitement d'entretien à la méthadone produite par Service correctionnel Canada (Service correctionnel Canada, 1998) et fondée sur les expériences menées dans les systèmes correctionnels d'autres juridictions, le traitement d'entretien à la méthadone contribue à :

- faire baisser l'injection de drogues et le partage de seringues en prison;
- faire baisser la violence carcérale liée à la drogue;
- réduire la criminalité après la libération;
- soulager l'anxiété des membres du personnel au sujet de la transmission du VIH;
- améliorer la gestion des détenus.

Le Groupe de travail national sur le VIH, le SIDA et l'usage de drogues injectables (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Association canadienne de santé publique, 1997, 15) a recommandé les mesures suivantes :

- Permettre aux contrevenants qui recevaient un traitement d'entretien à la méthadone avant leur incarcération de poursuivre ce traitement pendant leur incarcération.

- S'assurer que le traitement à la méthadone est disponible pour les contrevenants dépendants des opioïdes qui ne le recevaient pas avant leur incarcération.

- Évaluer le besoin de thérapie d'entretien à la méthadone avant le retour dans la communauté et assurer un transfert prioritaire à un programme communautaire au moment de la libération.

Dans son rapport, le Réseau juridique canadien VIH/SIDA (1999, 90) a recommandé que les systèmes correctionnels s'assurent que les contrevenant(e)s qui faisaient partie d'un programme d'entretien à la méthadone avant leur incarcération soient capables de poursuivre leur traitement pendant leur emprisonnement, et que ceux et celles qui entreprennent ce traitement pendant leur incarcération puissent le poursuivre à l'endroit où ils(elles) auraient été admissibles à le commencer en dehors de la prison.

Selon leur sommaire, Dolan et coll. (1998, 382, 390-391) suggèrent qu'il y a un certain nombre de moments différents auxquels la méthadone devrait être fournie aux détenus, y compris :

- *L'arrivée dans l'établissement correctionnel.* Comme il y a un si grand nombre d'utilisateurs(trices) de drogues injectables en prison, le sevrage des opioïdes est très courant. On peut utiliser la méthadone pour traiter les symptômes du sevrage de l'opioïde.

- *Pendant l'incarcération.* Il existe des taux beaucoup plus élevés de comportements à risque se rapportant à l'injection de drogues en prison, et l'entretien à la méthadone aide probablement à limiter la transmission du VIH (bien que des preuves documentaires de la transmission du VIH soient difficiles à obtenir). D'autres stratégies de prévention, comme l'échange de seringues et les programmes de désinfection à l'eau de javel, soit ne sont pas couramment disponibles en milieu carcéral, soit ne sont pas particulièrement efficaces (Dolan et coll., 1998, 383-384, 389). Des programmes sont nécessaires pour les utilisateurs(trices) de drogues injectables qui arrivent en prison aussi bien que ceux(celles) qui commencent à s'injecter de drogues pendant leur incarcération.

- *Préparation à la libération*. Fournir de la méthadone aux utilisateurs(trices) de drogues injectables qui se préparent à leur libération pourrait accroître leur tolérance et réduire le danger de surdose, faire baisser l'activité illégale après la libération et diminuer le risque de revenir en prison (Dolan et coll., 1998, 382).

Partie 8 : Recherche et évaluation

Selon Bell (1998a, 161), il existe d'importantes disparités entre la recherche et la pratique en matière de traitement d'entretien à la méthadone, et le facteur principal de cet écart vient « des désaccords profonds au sujet de questions aussi fondamentales que la nature du problème à traiter et les objectifs du traitement ». Bell (1998a, 162) met l'accent sur la nécessité que la recherche et le traitement partagent un cadre de référence concernant les observations à faire, les hypothèses à élaborer et l'évaluation de la pratique clinique. L'absence de ce cadre de référence explique « pourquoi, en dépit de nombreuses validations de la recherche, l'entretien à la méthadone continue à être qualifié de " controversé " ».

Il y a de nombreuses raisons importantes de poursuivre encore plus de recherches au sujet du traitement d'entretien à la méthadone. Par exemple, rendre le traitement plus axé sur les client(e)s ou patient(e)s et procéder à des recherches portant sur les résultats qui font l'objet de priorités de la part des client(e)s ou patient(e)s sont des secteurs clés (Hall et coll., 1998a, 3-4). Rendre le traitement lié à l'usage de substances « plus attrayant et acceptable pour le grand public, aussi bien que pour les décideurs et les organismes de financement » (Stoller & Bigelow, 1999, 33) en évaluant la rentabilité et les avantages du traitement est un autre secteur important à étudier.

On a constaté de nombreuses lacunes de la recherche au cours de la recension de la documentation effectuée pour le présent rapport. Par exemple, la nécessité de mesurer l'incidence du traitement d'entretien à la méthadone sur « le confinement » de la transmission du VIH, un secteur qui a fait l'objet de moins d'attention que les autres résultats comme l'impact sur l'usage de drogues illicites, l'usage de drogues injectables et les actes criminels (Hall, 1998a, 3), ainsi que la nécessité de mesurer l'incidence du traitement d'entretien à la méthadone sur l'amélioration de la santé et du bien-être social des personnes qui sont dépendantes des opioïdes (Hall et Mattick 1998a, 4). Un nombre relativement petit d'études ont examiné la portée du rôle du traitement d'entretien à la méthadone en matière de la prévention de l'hépatite B et C (Ward et coll., 1998g, 60), et il s'agit d'un autre domaine dans lequel on a besoin d'autres travaux de recherche.

Il existe un ensemble utile, mais limité, de recherches portant sur la prestation des programmes de TEM à des populations particulières avec des besoins divers. En particulier, on aurait besoin de mieux étudier les stratégies efficaces permettant de répondre aux besoins des personnes qui abusent de nombreuses substances, des femmes, des femmes enceintes, des personnes en état de comorbidité (y compris celles qui ont contracté le VIH, le VHC ou d'autres agents pathogènes

véhiculés par le sang), de troubles mentaux ou des deux. La mise en oeuvre et l'évaluation de l'efficacité des stratégies de dispensation du TEM en milieu carcéral est un autre défi.

D'autres études des aspects économiques du TEM seraient également utiles. Par exemple, Ward and Sutton (1998, 92) suggèrent que : « Des évaluations économiques portant à la fois sur le coût et sur les conséquences de l'intervention seraient plus utiles pour persuader les personnes responsables de l'attribution appropriée des ressources de la valeur du traitement d'entretien à la méthadone ». Ils observent également que les études du coût des maladies n'indiquent pas s'il existe des interventions susceptibles de réduire de façon rentable le fardeau de la maladie tel que mesuré (Ward and Sutton, 1998, 95). The National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction, (1998, 1941) a reconnu la nécessité d'étudier plus en profondeur les coûts économiques de la dépendance aux opiacés ainsi que la rentabilité du traitement d'entretien à la méthadone.

Partie 9 : Conclusions

L'efficacité d'ensemble du traitement d'entretien à la méthadone est bien établie dans la documentation. Il existe des preuves claires que le traitement d'entretien à la méthadone offre toute une gamme d'avantages qui dépassent considérablement le coût de son administration.

La recherche a cerné des facteurs particuliers axés sur les programmes qui sont susceptibles d'accroître l'efficacité des programmes de traitement d'entretien à la méthadone. En particulier, les programmes de traitement qui mettent l'accent sur la façon de maintenir en traitement les participant(e)s sont ceux qui ont le plus de chances d'améliorer les possibilités d'obtenir des résultats positifs. Parmi ces programmes, mentionnons ceux qui adoptent une approche axée sur les client(e)s ou les patient(e)s et qui utilisent un modèle de services complets qui tient compte des besoins multiples des personnes qui sont dépendantes des opioïdes. D'autres facteurs importants, comme les critères d'admissibilité, l'évaluation, des doses suffisantes adaptées à chaque personne, la durée illimitée du traitement, la surveillance thérapeutique de l'usage de drogues pendant le traitement et une approche axée sur les client(e)s ou patient(e)s lorsqu'il s'agit du retrait graduel de la méthadone, jouent également un rôle en matière d'amélioration du maintien en traitement et des résultats du traitement. La formation du personnel, ainsi que les milieux dans lesquels les programmes sont offerts, constituent des aspects d'importance capitale qui contribuent au processus thérapeutique et à l'obtention de résultats positifs du traitement.

Pour conclure, disons qu'il y a de bonnes raisons, fondées sur des preuves, de mettre l'accent sur une amélioration de l'accès à un TEM efficace. Il sera important, afin d'améliorer encore plus les résultats futurs, de procéder à des recherches et des évaluations continues qui vont comparer l'efficacité de diverses modalités de traitement et cerner la gamme des points d'accès, des milieux et des modes d'administration.

Liste de références

Abbott, P.J., Moore, B.A., Weller, S.B, et Delaney, H.D. (1998). AIDS risk behaviour in opioid-dependent patients treated with Community Reinforcement Approach and relationships with psychiatric disorders. *Journal of Addictive Diseases, 17* (4), 33-48.

Belding, M.A., McLellan, T., Zanis, D.A., et Incmikosk, R. (1998). Characterizing "nonresponsive" methadone patients. *Journal of Substance Abuse Treatment, 15* (6), 485-492.

Bell, J. (1998a). Delivering effective methadone treatment. In J. Ward, R. P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies* (pp. 161-175). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Bell, J. (1998b). Staff training in methadone clinics. In J. Ward, R.P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement therapies* (pp. 361-377). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Best, D., Glossop, M., Greenwood, J., Marsden, J., Lehman, P., et Strung, J. (1999). Cannabis use in relation to illicit drug use and health problems among opiate misusers in treatment. *Drug and Alcohol Review, 18*, 31-38.

Best, D., Lehmann, P., Glossop, M., Harris, J., Noble, A., et Strung, J. (1998). Eating too little, smoking and drinking too much: Wider lifestyle problems among methadone maintenance patients. *Addiction Research, 00*, 1-10.

Brands, B., et Brands, J. (Eds.) (1998). *Methadone Maintenance: A Physician's Guide to Treatment.* Toronto: Addiction Research Foundation, Centre for Addiction and Mental Health.

Brands, B., Kahan, M., Selby, P., et Wilson, L. (Eds.). (2000). *Management of Alcohol, Tobacco and Other Drug Problems.* Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.

Brands, J., et Janecek, E. (Eds.). (2000). *Methadone Maintenance: A Pharmacist's Guide to Treatment.* Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.

Broers, B., Junet, C., Bourquin, M., Déglon, J.J., Perrin, L., et Hirschel, B. (1998). Prevalence and incidence rate of HIV, hepatitis B and C among drug users on methadone maintenance treatment in Geneva between 1988 and 1995. *AIDS, 12*(15), 2059-2066.

Broome, K.M., Simpson, D.D., et Joe, G.W. (1999). Patient and program attributes related to treatment process indicators in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence, 57*, 127-135.

Budney, A. J., Bickel, W. K., et Amass, L. (1998). Marijuana use and treatment outcome among opioid-dependent patients. *Addiction, 93*(4), 493-503

Canadian Association for Study of the Liver (CASL) Consensus Conference Rapporteur Group (2000). Canadian Consensus Conference on the Management of Viral Hepatitis. *Canadian Journal of Gastroenterology 14* (Supplement B Current Issues in the Management of Viral Hepatitis), 5B-20B.

Canadian Centre on Substance Abuse and Canadian Public Health Association. (1997). *HIV/AIDS and Injection Drug Use: A National Action Plan*. Ottawa: Authors.

Canadian Centre on Substance Abuse and Centre for Addiction and Mental Health (1999). *Canadian Profile: Alcohol, Tobacco and Other Drugs 1999*. Ottawa and Toronto: Authors

Canadian HIV-AIDS Legal Network (1999). *Injection Drug Use and HIV/AIDS: Legal and Ethical Issues*. Montreal: Author.

Canadian HIV/AIDS Legal Network and Canadian AIDS Society. (1996). *HIV/AIDS in Prisons: Final Report*. Prepared by Ralf Jurgens. Montreal: Authors.

Caplehorn, J. R. M., Lumley, T. S., et Irwig, L. (1998). Staff attitudes and retention of patients in methadone maintenance programs. *Drug and Alcohol Abuse, 52*(1), 57-61.

Correctional Service Canada (October 1998). National Methadone Maintenance Treatment Program Phase 1: Resource and Information Package.

Crofts, N., Nigro, L., Oman, K., Stevenson, E., et Sherman, J. (1997). Methadone maintenance and hepatitis C virus infection among injecting drug users. *Addiction, 92* (8), 999-1005.

Darke, S. (1998a). Self-report among injecting drug users: A review. *Drug and Alcohol Dependence, 51*(3), 253-263

Darke, S. (1998b). The effectiveness of methadone maintenance treatment 3: Moderators of treatment outcome. In J. Ward, R. P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies* (pp. 75-89). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Darke, S., Kaye, S., et Finlay-Jones, R. (1998). Antisocial personality disorder, psychopathy and injecting heroin use. *Drug and Alcohol Dependence, 52*, 63-69.

Darke, S., Hall, W., et Swift, W. (1994). Prevalence, symptoms and correlates of antisocial personality disorder among methadone maintenance clients. *Drug and Alcohol Dependence, 34*, 253-257.

Dazord, A., Mino, A., Page, D., et Broers, B. (1998). Patients on methadone maintenance treatment in Geneva. *Eur Psychiatry, 13*, 235-241.

D'Ippoliti, D., Davoli, M., Perucci, C. A., Pasqualini, F., et Bargagli, A. M. (1998). Retention in treatment of heroin users in Italy: The role of treatment type and of methadone maintenance dosage. *Drug and Alcohol Dependence, 52*(2), 167-171.

Dolan, K., Hall, W., et Wodak, A. (1998). The provision of methadone in prison settings. In J. Ward, R. P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies* (pp. 379-396). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Fingerhood, M.I. (1999). Comorbid medical disorders. In E. C. Strain et M. L. Stitzer (Eds.), *Methadone Treatment for Opioid Dependence* (pp. 118-140). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Finnegan, L.P. (1991). Treatment issues for opioid-dependent women during the prenatal period. *Journal of Psychoactive Drugs, 23* (2), 191-201.

Fletcher, B.W., et Battjes, R.J. (1999). Introduction to the special issue: treatment process in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence, 57*, 81-87.

Gilbert, L., El-Bassel, N., Rajah, V., Foleno, A., Fontdevila, J, Frye, V., et Richmand, B.L. (2000). The converging epidemics of mood-altering-drug use, HIV, HCV, and partner violence. The Mount Sinai Journal of Medicine, 67 (5 et 6), 452-463.

Glezen, L. A., et Lowery, C. A. (1999). Practical issues of program organization and operation. In E. C. Strain et M. L. Stitzer (Eds.), *Methadone Treatment for Opioid Dependence* (pp. 223-249). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Gourevitch, M.N., et Friedland, G.H. (2000). Interactions between methadone and medications used to treat HIV infection: A review. *The Mount Sinai Journal of Medicine, 67* (5 et 6), 429-436.

Hagan, H., et Des Jarlais, D.C. (2000). HIV and HCV infection among injecting drug users. *The Mount Sinai Journal of Medicine, 67* (5 et 6), 423-428.

Hall, W., Ward, J., et Mattick, R. P. (1998a). Introduction. In J. Ward, R. P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies* (pp. 1-14). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Hall W., Ward, J., et Mattick, R. P. (1998b). The effectiveness of methadone maintenance treatment 1: Heroin use and crime. In J. Ward, R.P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies* (pp. 17-57). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Hartel, D.M., et Schoenbaum, E.E. (1998). Methadone treatment protects against HIV infection: Two decades of experience in the Bronx, New York City. *Public Health Reports, 113* (Supplement 1), 107-115.

Jarvis, M.A.E., et Schnoll, S.H. (1994). Methadone treatment during pregnancy. *Journal of Psychoactive Drugs, 26* (2), 155-161.

Joe, G.W., Simpson, D.D., et Broome, K.M. (1999). Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence, 57*, 113-125.

Jones, H. E., Velex, M. L., McCaul, M. E., et Svikis, D. S. (1999). Special treatment issues for women. In E. C. Strain et M. L. Stitzer (Eds.), *Methadone Treatment for Opioid Dependence* (pp. 251-280). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Joseph, H., Stancliff, S., et Langrod, J. (2000). Methadone maintenance treatment (MMT): A review of historical and clinical issues. *The Mount Sinai Journal of Medicine 67* (5 et 6), 347-364.

Kaltenbach, K., Berghella, V., et Finnegan, L. (1998). Opioid dependence during pregnancy. Effects and management. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 25*(1), 139-151.

Kandall, S. R., Doberczak, T. M., Jantunen, M., et Stein, J. (1999). The methadone-maintained pregnancy. *Clinics in Perinatology, 26*(1), 173-183.

Kidorf, M., King, V. L., et Brooner, R. K. (1999). Integrating psychosocial services with methadone treatment: Behaviorally contingent pharmacotherapy. In E. C. Strain et M. L. Stitzer (Eds.), *Methadone Treatment for Opioid Dependence* (pp. 166-195). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

King, V. L., et Brooner, R. K. (1999). Assessment and treatment of comorbid psychiatric disorders. In E.C. Strain et M.L. Stitzer (Eds.), *Methadone Treatment for opioid Dependence* (pp. 141-165). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Langendam, M. W., Van Haastrecht, H. J. A., Van Brussel, G. H. A., Reurs, H., Van Den Hoek, A. J. A. R., Coutinho, R. A., et Van Ameijden, E. J. C. (1998). Differentiation in the Amsterdam methadone dispensing circuit: Determinants of methadone dosage and site of methadone prescription. *Addiction, 93*(1), 61-72.

Leavitt, S., Shinderman, M., Maxwell, S., Chin, B., et Paris, P. (2000). When "enough" is not enough: New perspectives on optimal methadone maintenance dose. *The Mount Sinai Journal of Medicine, 67* (5 et 6), 404-411.

Leshner, A.I. (1999). Science-based views of drug addiction and treatment. *JAMA,* [On-line] *282*(14).

Lindesmith Centre, The. (1997). *Methadone Maintenance Treatment.*[Brochure]. New York and San Francisco: Author.

Longshore, D., Hsieh, S., et Anglin, M.D. (1994). Reducing HIV risk behavior among injection drug users: Effect of methadone maintenance treatment on number of sex partners. *The International Journal of the Addictions, 29* (6), 741-757.

Lowinson, J. H., Payte, J. T., Salsitz, E., Joseph, H., Marion, I. J., et Dole, V. P. (1997.) Methadone maintenance. In J. H. Lowinson, J. T. Payte, E. Salsitz, H. Joseph, I. J. Marion, et V. P. Dole (Eds.), *Substance Abuse: A Comprehensive Text* (3rd ed., pp. 405-415). Baltimore: Williams and Wilkins.

Magura, S., Nwakeze, P. C., et Demsky, S. (1998a). Pre- and in-treatment predictors of retention in methadone treatment using survival analysis. *Addiction, 93*(1), 51-60.

Magura, S., Rosenblum, A., et Rodriguez, E. M. (1998b). Changes in HIV risk behaviors among cocaine-using methadone patients. *Journal of Addictive Diseases, 17*(4), 71-90.

Marsch, L. (1998). The efficacy of methadone maintenance intervention in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. *Addiction, 93*(4), 515-32.

Mattick, R.P., Ward, J., et Hall, W. (1998). The role of counselling and psychological therapy. In J. Ward, R.P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies* (pp. 265-304). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

McPhilips, M. A., Strang, J., et Barnes, T. R. E. (1998). Hair analysis. New laboratory ability to test for substance use. *British Journal of Psychiatry, 173*, 287-289.

National Institute on Drug Abuse (1995). *Methadone Maintenance Treatment: Translating Research into Policy*. Bethesda, MD: Author.

National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction (1998). Effective medical treatment of opiate addiction. *JAMA, 280*(22), 1936-1943.

Novick, D.M. (2000). The Impact of Hepatitis C Virus Infection on Methadone Maintenance Treatment. *The Mount Sinai Journal of Medicine, 67* (5 et 6), 437-443.

Robles, E., Silverman, K., et Stitzer, M. L. (1999). Contingency management therapies. In E.C. Strain et M. L. Stitzer (Eds.), *Methadone Treatment for Opioid Dependence* (pp. 196-222). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Rothbard, A., Alterman, A., Rutherford, M., Liu, F., Zelinski, S., et McKay, J. (1999). Revisiting the effectiveness of methadone treatment on crime reductions in the 1990's. *Journal of Substance Abuse Treatment, 16*(4), 329-335.

Rothon, D.A., Mathias, R.G., et Schechter, M.T.(1994). Prevalence of HIV infection in provincial prisons in British Columbia. *Canadian Medical Association Journal, 151* (6),781-787.

Rothon, D.A., Strathdee, S.A., Cook, D., et Cornelisse, P.G.A. (1997). Determinants of HIV-related high-risk behaviours among young offenders: A window of opportunity. *Canadian Journal of Public Health, 88*(1), 14-17.

Salsitz, E.A., Joseph, H., Frank, B., Perez, J., Richman, B.L., Salomon, N., Kalin, M.F, et Novick, D.M. (2000). Methadone medical maintenance (MMM): Treating chronic opioid dependence in private medical practice—a summary report (1983-1998). *The Mount Sinai Journal of Medicine 67* (5 et 6), 388-397.

Santé Canada (2002a). *Meilleures pratiques : traitement d'entretien à la méthadone.* Ottawa:

Ministère des Travaux publiques et services gouvernementaux Canada.

Santé Canada (2002b). *Traitement d'entretien à la méthadone* (Brochure). Ottawa: Ministère des Travaux publiques et services gouvernementaux Canada.

Santé Canada (2001). « Meilleures pratiques - Traitement et réadaption des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. » Ottawa: Ministère des Travaux publiques et services gouvernementaux Canada.

Santé Canada (2000a). « Moyens de joindre les utilisateurs de drogues injectables. » Document de travail. Préparer pour le Programme de prévention de soutien et de recherche concernant l'hépatite C, Direction général de la santé de la population et de la santé publique,

Santé Canada (Septembre 2000). Par Jamie Wieb et Bette Reimer, au nom du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Santé Canada (2000b). « Resource Relative à l'hépatite C et à l'utilisation de drogures injectables au Canada. » Préparer pour le Programme de prévention de soutien et de recherche concernant l'hépatite C, Direction général de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada. Septembre 2000 par Jamie Wieb et Bette Reimer, au nom du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Santé Canada (1999a). « Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada ». Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, actualités du Bureau du VIH/sida des MTS et de la tuberculose. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.

Santé Canada (1999b). « Meilleurs pratiques - alcoolisme et toxicomanie - traitement et réadaptation. » Ottawa: Ministère des Travaux publiques et services gouvernementaux Canada.

Santé et bien-être Canada. (1992) « L'utilisation des opioïdes dans le traitement de dépendance aux opioïdes. » Direction générale de la protection de la santé. Santé Canada.

Serpelloni, G., Carrieri, M.P., Rezza, G., Morganti, S., Gomma, M., et Binkin, N. (1994). Methadone treatment as a determinant of HIV risk reduction among injecting drug users: a nested case-control study. *AIDS Care, 6* (2), 215-220.

Sherman, M., et McSherry, J. (1999, August 24). Q and A: Treating hepatitis C. *The Medical Post*, Q1-Q7.

Single, E. (1999). The economic implications of injection drug use. In L. Chabot (Ed.), *Injection drug use: Societal challenges* (pp.57-68). Montreal: University of Montreal, Faculty of Continuing Education, Drug Addiction Certificate Program.

Stitzer, M. L., et Chutuape, M. A. (1999). Other substance use disorders in methadone treatment: prevalence, consequences, detection and management. In E. C. Strain et M. L. Stitzer (Eds.), *Methadone Treatment for Opioid Dependence* (pp. 86-117). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Stoller, K. B., et Bigelow, G. E. (1999). Regulatory, cost, and policy issues. In E. C. Strain et M. L. Stitzer (Eds.), *Methadone Treatment for Opioid Dependence* (pp. 15-37). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Strain, E.C. (1999a). Beginning and ending methadone dosing: Induction and withdrawal. In E.C. Strain et M. L. Stitzer (Eds.), *Methadone Treatment for Opioid Dependence* (pp. 53-61). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Strain, E. C. (1999b). Methadone dose during maintenance treatment. In E.C. Strain et M.L. Stitzer (Eds.), *Methadone Treatment for Opioid Dependence* (pp. 62-85). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Strain, E. C., et Stitzer, M. L. (Eds.).(1999). *Methadone Treatment for Opioid Dependence*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Strain, E.C., et Stoller, K.B.(1999). Introduction and historical overview. In E. C. Strain et M. L. Stitzer (Eds.), *Methadone Treatment for Opioid Dependence* (pp. 1-13). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Strain, E. C., Bigelow, G. E., Liebson, I. A., et Stitzer, M. L. (1999). Moderate- vs high-dose methadone in the treatment of opioid dependence. *The Journal of the American Medical Association, 281*(11), 1000-5.

Walsh, S. L, et Strain, E. C. (1999). The Pharmacology of methadone. In E.C. Strain et M.L. Stitzer (Eds.), *Methadone Treatment for Opioid Dependence* (pp. 38-51). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Ward, J., Mattick R.P., et Hall, W. (1998a). Assessment for opioid replacement therapy. In J. Ward, R.P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies* (pp. 177-203). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Ward, J., Mattick, R.P., et Hall, W. (1998b). How long is long enough? Answers to questions about the duration of methadone maintenance treatment. In J. Ward, R.P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies* (pp. 305-336). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Ward, J., Mattick, R.P., et Hall, W. (1998c). Making the transition from maintenance to abstinence: Detoxification from methadone maintenance treatment. In J. Ward, R.P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies* (pp. 337-358). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Ward, J., Mattick, R.P., et Hall, W. (1998d). Methadone maintenance during pregnancy. In J. Ward, R.P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies* (pp. 397-416). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Ward, J., Mattick, R.P., et Hall, W. (Eds.). (1998e). *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Ward, J., Mattick, R. P., et Hall, W. (1998f). Psychiatric comorbidity among the opioid dependent. In J. Ward, R.P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies* (pp. 419-440). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Ward J., Mattick R.P., et Hall W. (1998g). The effectiveness of methadone maintenance treatment 2: HIV and infectious hepatitis. In J. Ward, R.P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies* (pp. 59-73). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Ward, J., Mattick, R.P., et Hall, W. (1998h). The use of methadone during maintenance treatment: Pharmacology, dosage and treatment outcome. In J. Ward, R.P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone Maintenance Treatment and other Opioid Replacement Therapies* (pp. 205-238). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Ward, J., Mattick, R.P., et Hall, W. (1998i). The use of urinalysis during opioid replacement therapy. In J. Ward, R.P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies* (pp. 239-264). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Ward, P., et Sutton, M. (1998). The effectiveness of methadone maintenance treatment 4: Cost-effectiveness. In J. Ward, R.P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies* (pp. 91-121). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Wells, E., Calsyn, D.A., et Clark, L.L. (1996). Retention in methadone maintenance is associated with reductions in different HIV risk behaviours for women and men. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 22* (4), 509-521.